

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMAS DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TRANSFORMACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD COMO PARTE DE LA REFORMA SANITARIA,  
UN ANÁLISIS NEOINSTITUCIONAL: EL CASO DE PUERTO  
RICO EN EL PERÍODO 1993-2020

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado  
en Gobierno y Políticas Públicas para optar al grado y título de Doctorado Académico en  
Gobierno y Políticas Públicas

**LIZ JOHANNA ORTIZ LAUREANO**

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020

## **Dedicatoria**

A quienes han sentido la embestida de un sistema de salud mercantilizado, a ustedes, mi  
solidaridad, mis luchas y mi trabajo.

## **Agradecimientos**

Al Dr. Horacio Chamizo García por aceptar la dirección de esta investigación, por su gran apoyo, seguimiento y compromiso. Al Dr. Jean Paul Vargas Céspedes y al Dr. Orlando Hernández Cruz por su apoyo, constancia y asesoría. A ustedes, estimados profesores, mi más sincero agradecimiento. Valoraré siempre todo el aprendizaje compartido.

Al profesorado del Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas, por ser extraordinarios profesionales. Agradezco todos los conocimientos y experiencias académicas compartidas. Particularmente, reconozco el apoyo de la Dra. Violeta Pallavicini, por su oportuna consejería y las oportunidades brindadas. Agradezco al Dr. Gerardo Hernández, que con su asesoramiento se cimentaron las bases de esta investigación. También agradezco el apoyo brindado por el personal del Doctorado, la Comisión Doctoral y por la Directora, la Dra. María José Cascante Matamoros, sobre todo, ante las adversidades de los últimos tiempos.

A mis amigos y amigas de Costa Rica, vivo agradecida de haberles conocido. De forma particular, reconozco a la Licda. Marta Céspedes Montero, por ser una gran profesional, y extraordinaria mujer. Gracias por su apoyo, las consultas atendidas y las experiencias vividas.

A mis colegas, amigos y amigas en Puerto Rico, gracias por estar siempre presentes. Agradezco especialmente a mi mentor, el Prof. Jorge Torres Irizarry y a mi colega Mayra Nieves Agosto por su constante seguimiento, su incondicionalidad y solidaridad.

Agradezco a quienes participaron de este estudio, por compartir sus experiencias y por todo su tiempo. De forma particular agradezco a Carlos Meléndez-Zayas, por su ayuda, su solidaridad y todas las coordinaciones realizadas para completar esta investigación.

Al Dr. Luis Matos González, compañero de estudios, colega y amigo, ¡gracias por tanto!.

A mi mamá Lydia Esther Laureano Sifonte y a mi papá Juan Ortiz García, gracias por su amor infinito, gracias por comprender mis ausencias, gracias por sus palabras de aliento en todo momento, gracias por su ejemplo y enseñanzas... ¡Lo que soy es gracias a ustedes!

A mis hermanas Diana, Ana María y Elba Anaís, gracias por ser mis principales fuentes de inspiración, de cada una siempre llevo algo. Gracias por su asistencia en todo este proceso, las amo. A mi hermano Juan Carlos, gracias por tus palabras de apoyo con el buen humor que te caracteriza y por siempre expresarme tanto amor. A mi sobrina Lauren y a mis sobrinos Jean Carlos, Yael Armando e Ian Camilo seguiré trabajando por un mejor país para ustedes.

Por último, y con un inmenso amor, agradezco profundamente a mi compañero de vida, Ensor Gotay Ledoux. Su solidaridad, acompañamiento, comprensión y amor, han sido la clave para alcanzar esta meta. Gracias por estar a mi lado.

## Hoja de aprobación

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Doctorado Académico en Gobierno y Políticas Públicas.



---

**Dr. Gerardo Hernández Naranjo**  
Representante del Decano  
Sistema de Estudios de Posgrado



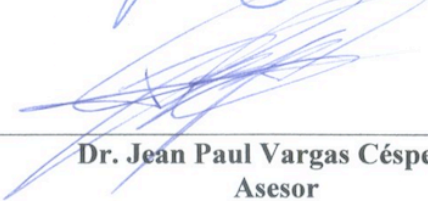
---

**Dr. Horacio Chamizo Garcia**  
Director de tesis



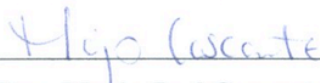
---

**Dr. Orlando Hernández Cruz**  
Asesor



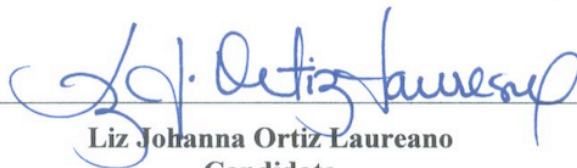
---

**Dr. Jean Paul Vargas Céspedes**  
Asesor



---

**Dra. Maria José Cascante Matamoros**  
Directora del Programa de Posgrado



---

**Liz Johanna Ortiz Laureano**  
Candidata

## **Declaratoria de originalidad**

Yo, Liz Johanna Ortiz Laureano, certifico que esta investigación, titulada *Transformación en la prestación de servicios de salud como parte de la reforma sanitaria, un análisis neoinstitucional: El caso de Puerto Rico en el período 1993-2020* es producto de mi labor como estudiante investigadora. Así mismo, doy fe de que este trabajo es uno original y cumple con una alta rigurosidad en la utilización de las ideas de otros autores, conforme el estilo de redacción APA.

## Tabla de contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos .....	iii
Hoja de aprobación .....	iv
Declaratoria de originalidad.....	v
Lista de cuadros .....	x
Lista de figuras.....	xi
Lista de gráficos.....	xi
Abreviaturas .....	xii
RESUMEN .....	xiv
SUMMARY .....	xv
Licencia para publicación .....	xvi
SECCIÓN I .....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y MARCO TEÓRICO .....	1
CAPÍTULO I .....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS .....	2
1. Contextualización del tema.....	3
1.1 Puerto Rico: un territorio no incorporado de los Estados Unidos de Norteamérica.....	3
1.2 Trayectoria del sistema de salud: Resumen de los acontecimientos sociales, económicos y políticos.....	7
1.3 Reforma del sistema de salud en Puerto Rico, 1993.....	10
2. Antecedentes en América Latina y el Caribe.....	21
2.1 Proceso de reformas en América Latina y el Caribe.....	22
2.2 Perspectivas apremiantes sobre la implementación de las políticas de salud.....	24
3. Justificación de la investigación .....	27
4. Planteamiento del problema.....	30
4.1 Objetivo general.....	31
4.2 Preguntas de investigación.....	31
4.3 Objetivos específicos.....	32
5. Alcance y viabilidad de la investigación .....	32
CAPÍTULO II .....	34
MARCO TEÓRICO .....	34
1. Salud y atención en salud.....	34
2. Cuasimercados de la salud.....	38
3. Políticas públicas .....	43
4. Enfoque de derechos de las políticas .....	50
5. Política pública del sector salud.....	56

6. Enfoque neoinstitucional .....	60
6.1 Instituciones y cambio institucional.....	60
6.2 Principales corrientes del neoinstitucionalismo.....	62
6.3 Institucionalismo histórico.....	62
6.4 Institucionalismo sociológico .....	63
6.5 Institucionalismo racional.....	64
6.6 Teoría de la agencia .....	67
CAPÍTULO III.....	72
ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	72
1. Tipo de estudio y estrategias de recolección de datos .....	74
1.1 Estudio de caso .....	74
1.2 Análisis documental.....	78
1.3 La entrevista semiestructurada.....	80
2. Técnicas de análisis de datos .....	86
3. Estrategia de investigación y análisis por objetivo específico.....	88
3.1 Objetivo específico 1 .....	88
3.2 Objetivo específico 2 .....	90
3.3 Objetivo específico 3 .....	91
3.4 Objetivo específico 4 .....	93
4. Definición de conceptos estudiados.....	93
5. Limitaciones del estudio .....	97
SECCIÓN II.....	99
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	99
CAPÍTULO IV.....	100
MARCO INSTITUCIONAL Y TRANSFORMACIONES PRINCIPALES EN EL SISTEMA DE SALUD DE PUERTO RICO .....	100
1. Dinámicas sociopolíticas de los actores públicos y privados previas a la reforma de salud .....	101
1.1 Modelo regionalizado de salud.....	106
1.2 Dinámicas paralelas desde el sector privado .....	110
2. Proceso de la reforma de salud en 1993.....	111
2.1 Contenido de la reforma: Política pública y reglamento .....	115
Sus deberes y responsabilidades .....	131
2.2 Modelo institucional de prestación de servicios de salud prevaleciente.....	136
CAPÍTULO V .....	146
RESULTADO INSTITUCIONAL .....	146
1. Descripción del modelo de salud vigente .....	147
1.1 Composición general del Plan de Salud del Gobierno, Vital.....	152
1.2 Cambios normativos y organizativos del Plan de Salud del Gobierno, Vital....	153
2. Diseño del contrato .....	158
2.1 Diseño de los términos de referencia del contrato .....	162

2.2 Fases del proceso de contratación.....	168
2.3 Análisis del contrato .....	170
3. Servicios de salud .....	177
3.1 Proveedores de servicios de salud.....	178
3.2 Acceso a la prestación de servicios.....	182
3.3 Calidad en los servicios de salud .....	185
3.4 Educación y prevención en salud.....	187
3.5 Manejo de reclamaciones y satisfacción del servicio .....	189
4. Evaluación del cumplimiento del contrato .....	192
5. Breves interpretaciones finales .....	194
CAPÍTULO VI.....	201
ACTORES ESTRATÉGICOS CON CAPACIDAD DE INCIDENCIA Y LAS CONDICIONES DE .....	201
ACCESO Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS .....	201
1. Esquematización de actores estratégicos .....	202
1.1 Actores del sistema de salud de Puerto Rico .....	205
2. Relaciones e interacciones entre actores.....	221
2.1 Interacciones de los actores de la esfera federal .....	221
2.2 Interacciones de la esfera estatal.....	223
2.3 Beneficiarios .....	235
2.4 Otros actores del sistema .....	237
3. Consideraciones finales .....	239
CAPÍTULO VII .....	246
IMPLICACIONES DE LAS DECISIONES TOMADAS POR LOS ACTORES ESTRATÉGICOS EN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD .....	246
1. Neoinstitucionalismo y capacidad de toma decisiones de los actores .....	247
2. Síntesis de los resultados sobre el diseño de la reforma de salud, los procesos de contratación y las interacciones entre actores.....	248
2.1 Diseño de Reforma de Salud.....	248
2.2 Modelo de cuidado coordinado en condiciones de mercado .....	249
2.3 ASES, PSG-Vital y el proceso de contratación de aseguradoras privadas .....	251
2.4 Dinámicas significativas entre los actores centrales .....	253
3. Implicaciones de las decisiones tomadas y la prestación de servicios de salud .....	256
3.1 Implicaciones: diseño, regulación y financiamiento del PSG .....	257
3.2 Implicaciones del proceso de contratación .....	261
3.3 Implicaciones de las dinámicas entre los actores.....	266
3.4 Síntesis del capítulo: elementos de gobernanza.....	267
SECCIÓN III .....	271
CONCLUSIONES, REFERENCIAS Y ANEXOS .....	271
CAPÍTULO VIII.....	272



CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	272
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	283
ANEXOS .....	295

## Lista de cuadros

Cuadro 1. Área prioritaria: Acceso a cuidado de salud de calidad .....	18
Cuadro 2. Área prioritaria: Gobernanza.....	19
Cuadro 3. Diseños de las reformas de salud en América Latina y el Caribe .....	23
Cuadro 4. Fallas en el funcionamiento de los cuasimercados .....	40
Cuadro 5. Clasificación de una política pública .....	45
Cuadro 6. Tipos de contratos desde la teoría de la agencia .....	70
Cuadro 7. Información descriptiva de la aseguradora Triple-S .....	76
Cuadro 8. Fases del proceso de contratación .....	77
Cuadro 9. Clasificación de documentos para análisis.....	78
Cuadro 10. Técnica clásica de análisis documental.....	79
Cuadro 11. Tipos de entrevistas cualitativas.....	81
Cuadro 12. Actores estratégicos .....	85
Cuadro 13. Dimensiones de análisis .....	94
Cuadro 14. Composición de la Junta de directores ASES .....	119
Cuadro 15. Consideraciones generales sobre la contratación de planes de seguro .....	127
Cuadro 16. Requisitos e información requerida para solicitar el PSG .....	130
Cuadro 17. Cubierta y beneficios mínimos del PSG .....	131
Cuadro 18. Fortalezas y debilidades del modelo de cuidado coordinado o dirigido .....	140
Cuadro 19. Descripción del modelo de servicios de salud de Puerto Rico.....	151
Cuadro 20. Afiliados por aseguradora .....	153
Cuadro 21. Características del modelo de contrato per cápita.....	159
Cuadro 22. Proceso de contratación entre ASES y Triple-S .....	171
Cuadro 23. Costos, formas de pago y población cubierta.....	175
Cuadro 24. Cubierta de servicios en el PSG .....	176
Cuadro 25. Informes requeridos por ASES a Triple-S .....	193
Cuadro 26. Actores centrales y sus funciones principales.....	206

## **Lista de figuras**

Figura 1. Elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS.....	37
Figura 2. Arenas de poder: un esquema interpretativo .....	47
Figura 3. Ciclo de una política pública .....	49
Figura 4. Premisas relacionadas a los problemas entre agente y principal.....	68
Figura 5. Tipos de preguntas en entrevistas cualitativas.....	82
Figura 6. Fases del proceso de entrevista.....	84
Figura 7. Síntesis de los acontecimientos destacados previo a la Ley 72 de 1993 .....	106
Figura 8. Modelo institucional de prestación de servicios de salud .....	139
Figura 9. Estructura general de ASES .....	142
Figura 10. Mapa de Puerto Rico: cobertura del PSG-Vital .....	152
Figura 11. Actores, diseño y negociación del contrato.....	162
Figura 12. Eventos del proceso de adjudicación de propuestas.....	169
Figura 13. Niveles de las redes de prestación de servicios .....	180
Figura 14. Proceso de quejas y reclamaciones.....	190
Figura 15. Clasificación de los actores públicos y privados .....	207
Figura 16. Relaciones e interacciones de los actores centrales del PSG-Vital .....	240
Figura 17. Factores y brechas condicionantes en la implementación de la política .....	244
Figura 18. Implicaciones en la prestación de servicios de salud .....	257
Figura 19. Elementos transformadores de la gobernanza en salud.....	269

## **Lista de gráficos**

Gráfico 1. Distribución porcentual del presupuesto ASES.....	126
--	-----

## **Abreviaturas**

AAFAF	Puerto Rico Fiscal Agency and Financial Advisory Authority
AFASS	Administración de Facilidades de Servicios de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
APP	Alianzas Público-Privadas
ASES	Administración de Servicios de Salud
ASSMCA	Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
BCBS	Blue Cross Blue Shield
BGF	Banco Gubernamental de Fomento
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CDT's	Centros de Diagnóstico y Tratamiento
CEO	Chief Executive Officer
CESSPR	Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico
CHIP	Children Health Insurance Program
CLIA	Acta de Laboratorios Clínicos
CMS	Centers for Medicare and Medicaid (Servicios para Medicare y Medicaid)
CRIM	Centro de Recaudaciones de Ingresos Municipales
CFR	Código de Regulaciones Federales
DME	Equipo Médico Durable
DS/DSPR	Departamento de Salud de Puerto Rico
DSMV	Manual de Desórdenes Mentales
ELA, PR	Estado Libre Asociado de Puerto Rico
EUA/EE. UU.	Estados Unidos de Norte América
FBI	Federal Bureau of Investigation
FQHC	Centro de Salud Federal Cualificado
GHP	Plan de Salud del Gob en inglés
HMO	Health Maintenance Organizations
HCHN	Hight Cost High Needs Program
INEI	Instituto Nacional de Estadísticas e Informática
IPAS	Independent Practice Associations
MCO	Managed Care Organizations
MMM	Medicare y Mucho Más
NEI	Nueva Economía Institucional
MHPAEA	Mental Health Parity and Addiction Equity Act
OAM	Oficina de Asistencia Médica
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPP	Oficina del Procurador del Paciente
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSFL	Organización Sin Fines de Lucro
PBM	Pharmacy Benefit Manager
PIB	Producto Interno Bruto
PIP	Plan de Trabajo para la Implementación de Proyectos de Mejoramiento en el Desempeño
PMG	Grupo Médico Primario
PMPM	Per member Per Month
PNP	Partido Nuevo Progresista
PPA	Pharmacy Program Administrator
PRHIN	Puerto Rico Electronic Health Information Exchange Management Act
PRERA	Puerto Rico Emergency Relief Administration
PROMESA	Puerto Rico Oversight, Management and Economic Stability Act
PRRA	Puerto Rico Reconstruction Administration
PR	Puerto Rico
PSG	Plan de Salud del Gobierno
PSG-Vital	Plan de Salud del Gobierno, Vital
QM/QI	Manejo de Calidad/Mejoramiento de Calidad
RHC	Clínica de Salud Rural
RFP	Request for Proposal (Solicitud de Propuestas)
SDC	State Data Center, US Bureau of Puerto Rico
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TEM	Tribunal Examinador de Médicos
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## **RESUMEN**

En el año 1993, comenzó la implementación de la reforma del sistema de salud en Puerto Rico, a través de la Ley 72-1993. Esta reforma se inscribe en un contexto en el cual las políticas estaban fuertemente influenciadas por las corrientes liberales en el plano político, las ideas de reinversión en la administración pública y las dinámicas globales que daban cuenta del dominio del mercado en el sector salud.

En el caso de Puerto Rico, prevaleció un modelo de prestación de servicios a través de aseguradoras privadas, con financiamiento público. Esto dio paso a un cambio institucional en el cual el Estado ya no fungía como ente prestador de servicios, sino que pasó a ser financiador y regulador de un seguro de salud para la población, dejando la administración y prestación de servicios al sector privado.

A 27 años de implementación, la reforma en salud no ha dado los resultados esperados. Se considera que la política, promovió la precarización de los servicios de salud, la falta de sustentabilidad económica y la fragmentación del sistema de salud.

Por ello, esta investigación se centró en las dinámicas sociales, políticas y económicas desde el marco institucional de la reforma, el papel de los actores, sus interacciones y las implicaciones en la prestación de servicios. Por lo tanto, el análisis teórico se fundamentó en la perspectiva neoinstitucionalista con particular atención a la elección racional y complementada con la teoría de la agencia.

Las bases metodológicas parten del paradigma interpretativo y el enfoque utilizado fue uno cualitativo, con un protocolo de investigación que incluyó como estrategias de recolección de datos, el análisis documental, un estudio de caso contractual y entrevistas a informantes clave.

En resumen, se presenta la caracterización del marco institucional y las transformaciones principales en el sistema de salud. Luego, se presenta el resultado institucional desde un análisis de contratación neoclásica, las interacciones entre actores estratégicos vinculados al sistema de salud y las implicaciones de las decisiones tomadas por dichos actores en torno a la prestación de los servicios de salud. Al final, se incluyen las conclusiones más significativas de la investigación y la consideración de los elementos de gobernanza en salud como un marco de actuación propio de una política con elementos de la integralidad en salud.

## SUMMARY

In 1993, the implementation of the reform of the health system in Puerto Rico began, through Law 72-1993. This reform is inscribed in a context in which policies were strongly influenced by liberal currents in the political sphere, ideas of reinventing in public administration and global dynamics that accounted for the dominance of the market in the health sector.

In the case of Puerto Rico, a service delivery model prevailed through private insurers, with public financing. This gave way to an institutional change in which the State no longer acted as a service provider but became the financier and regulator of health insurance for the population, leaving the administration and provision of services to the private sector.

After 27 years of implementation, the health reform has not produced the expected results. It is considered that the policy promoted the precariousness of health services, the lack of economic sustainability and the fragmentation of the health system.

Therefore, this research focused on the social, political, and economic dynamics from the institutional framework of the reform, the role of the actors, their interactions, and the implications in the provision of services. Consequently, the theoretical analysis was based on the neo-institutionalist perspective with particular attention to rational choice and complemented by agency theory.

The methodological bases are based on the interpretive paradigm and the approach used was a qualitative one, with a research protocol that included data collection strategies, documentary analysis, a contractual case study and interviews with key actors.

In summary, the characterization of the institutional framework and the main transformations in the health system are presented. Then, the institutional result is presented from a neoclassical contracting analysis, the interactions between strategic actors linked to the health system and the implications of the decisions made by said actors regarding the provision of health services. The conclusions of the investigation are presented and at the end, the consideration of the elements of governance in health are included as a framework of action typical of a policy with elements of integrality in health.

## Licencia para publicación



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

### Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Liz Johanna Ortiz Laureano, con cédula de identidad 643874681, en mi condición de autor del TFG titulado Transformación en la prestación de servicios de salud como parte de la reforma sanitaria, un análisis neoinstitucional: el caso de Puerto Rico en el periodo 1993-2020.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI ☒ NO ☐

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Liz Johanna Ortiz Laureano

Número de Carné: A97408 Número de cédula: 643874681

Correo Electrónico: ortizlaureano@yahoo.com

Fecha: 20 de noviembre de 2020 Número de teléfono: 1-939-273-1878

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dr. Horacio Chamizo García

Liz Johanna  
Ortiz  
Laureano

Firmado digitalmente  
por Liz Johanna Ortiz  
Laureano  
Fecha: 2020.11.20  
16:09:20 -04'00'

**FIRMA ESTUDIANTE**

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



## **SECCIÓN I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y MARCO TEÓRICO**

En esta primera sección, se expone el contenido de los capítulos I, II y III. En el Capítulo I se incluye la contextualización del tema, antecedentes, justificación y planteamiento del problema y estrategia metodológica.

En el Capítulo II se aborda el marco teórico y conceptual, el cual incluye el tema de las políticas públicas, las políticas de salud, el cuasimercado de la salud, las corrientes teóricas del neoinstitucionalismo y los enfoques de la teoría de la agencia.

En el Capítulo III, se presenta la metodología de esta investigación, que parte del paradigma interpretativo. Tiene un enfoque cualitativo, que incluye como estrategias de recolección de datos el análisis documental, un estudio de caso y entrevistas a informantes clave.

En términos de estructura, cada capítulo tiene una introducción en la que se presenta el abordaje de los capítulos y los contenidos de acuerdo con el orden de desarrollo. Asimismo, a lo largo del documento, se encuentran las secciones II y III, que exponen los resultados de la investigación y las conclusiones, respectivamente.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS**

Se propone investigar la transformación del sector salud en Puerto Rico a partir de la reforma del año 1993, considerando las instituciones y actores estratégicos implicados en el proceso. Esta reforma se inscribe en un contexto en el cual las políticas estaban fuertemente influenciadas por las corrientes liberales en el plano político y las ideas de reinversión en la administración pública. Como consecuencia, se adoptaron políticas híbridas entre el sector público y privado. Esto dio paso a un cambio institucional en el sistema de salud, en el cual el Estado ya no fungía como ente monopólico prestador de servicios, sino que pasó a ser financiador de un seguro de salud para la población, dejando la administración y prestación de servicios al sector privado.

En tanto, el Gobierno se desliga de proveer el cuidado médico, pagando la prima del seguro a los ciudadanos y dejando la administración de los servicios de salud a entidades externas a este. Estas acciones han repercutido directamente en la accesibilidad y calidad de la prestación de servicios. Las evaluaciones recientes alrededor de la implementación de la reforma de salud indican que estas se han afectado considerablemente.

Por lo anterior, se aborda esta investigación desde una perspectiva neoinstitucional centrada en los actores públicos y privados, con el fin de analizar la incidencia de estos en la implementación de la reforma de salud en relación con la prestación de servicios. Esto es así, ya que la prestación de servicios de salud no se comporta adecuadamente bajo la regulación natural del mercado. En cambio, se trata de una prestación de servicios en la cual el Estado asume las ineficiencias del mercado y los agentes no necesariamente maximizan el beneficio (Salas, 2017).

A continuación, se incluye el contexto en el cual se desarrolla la reforma de salud y los antecedentes del tema que dan cuenta particularmente de investigaciones en América Latina y el Caribe. Se establece el problema y los objetivos que orientan la investigación. La estrategia metodológica se detalla a partir de los objetivos específicos y las dimensiones de análisis, incluyendo herramientas e instrumentos de análisis.

## **1. Contextualización del tema**

Con el fin de caracterizar el sistema de salud de Puerto Rico, y sobre todo el contexto alrededor de la reforma del año 1993, es importante que se explique de forma general la relación política entre Estados Unidos de América (EUA) y Puerto Rico (PR).

Al ser un territorio estadounidense, Puerto Rico está directamente influenciado por las políticas sanitarias que se implementan en EUA. Asimismo, depende en gran medida de las asignaciones presupuestarias de fondos federales para operar el sistema de salud, lo cual se expone más adelante.

Además, se hace un breve recuento de estadísticas vitales del estado de salud de la población puertorriqueña. Posteriormente, se establece un resumen de los acontecimientos sociales, económicos y políticos relacionados con la evolución del sistema de salud público del país y, finalmente, se habla propiamente de la reforma de salud en el año 1993 y las enmiendas realizadas a la Ley hasta el presente.

### **1.1 Puerto Rico: un territorio no incorporado de los Estados Unidos de Norteamérica**

Puerto Rico, tras el Tratado de París que puso fin a la guerra hispanoamericana, pasa a ser un territorio no incorporado de los Estados Unidos de Norteamérica. Se mantenía un gobierno militar autoritario que para el 1900 pasó a ser un gobierno civil y, desde entonces, se ha mantenido el reclamo constante de la población por una solución al estatus político. En el año 1917, a través de la Ley Foraker del Congreso de los Estados Unidos,

se concede la ciudadanía estadounidense a los puertorriqueños y se reorganizan las relaciones con dicho país (Rigau Pérez, 2000).

En 1952, se aprueba la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, documento que permite el establecimiento de un sistema de gobierno, con dos cámaras legislativas, un gobernador y un representante ante el Congreso de los Estados Unidos, el cual tiene voz, pero no voto. Todos estos representantes y senadores son seleccionados localmente, mediante procesos electorales cada cuatro años. Sin embargo, los puertorriqueños residentes en la isla no pueden votar para elegir al presidente de los Estados Unidos, ni a los congresistas.

Esta relación política consiente autonomía administrativa solo a nivel interno del Gobierno de Puerto Rico, por ello las leyes federales prevalecen sobre las del país (OPS, 2007). Bajo un estatus de dependencia política, Puerto Rico se conduce a través de la jurisdicción directa de la oficina del presidente de los Estados Unidos, actualmente el presidente Donald Trump; no cuenta con representación diplomática particular en los diversos países, ni tiene presencia independiente en algunas organizaciones internacionales.

En términos geográficos, Puerto Rico es una de las Antillas Mayores ubicada en el mar Caribe, al este de la República Dominicana y al oeste de las Islas Vírgenes Británicas. Es parte de un archipiélago que consiste de la “isla grande” y varias pequeñas como Vieques, Culebra, Mona, Desecheo y Caja de Muertos. Su extensión territorial es de 170 km por 60 km. El país está dividido en 78 municipios, cada uno administrado por un alcalde y la asamblea municipal, también electos cada cuatro años mediante elecciones generales.

Puerto Rico cuenta con una población de 3.4 millones de personas aproximadamente (SDC, 2019). En rangos de edades, se divide de la siguiente manera: de 19 años o menos representan un 24 %, entre las edades de 20 a 44 años un 32.3 %, de 45 a 64 años un 25.6 % y de 65 años o más un 18.1 %. En general, un 47.7 % son hombres y un 52.3 % son mujeres.

Según la Junta de Planificación (2019), la economía de Puerto Rico se basa mayormente en la industria, desplazando al sector agrícola que había prevalecido hasta los años sesenta. El Perfil del Sistema de Salud de Puerto Rico (2017) indica que la composición del PIB por sector de la economía en el 2015 fue de la siguiente manera: manufactura, seguros (finanzas y propiedades), comercio, gobierno, transporte y agricultura. La OPS (2017) expone que la tasa de desempleo disminuyó en un 3.4 %, de 16.3 % a 12.9 %. Según el Perfil de Salud de las Américas (2017), el 46.1 % de las familias en Puerto Rico están bajo el nivel de pobreza.

Por otro lado, el Producto Nacional Bruto tuvo una reducción de 6347 millones de dólares a 6312 entre el año fiscal 2014-2015. La deuda pública bruta es de 66 182.6 millones de dólares, lo cual provocó que el Gobierno de Puerto Rico presentara, en mayo del 2017, una solicitud de quiebra en la corte federal estadounidense (OPS, 2017). A raíz de esta crisis económica, el Gobierno estadounidense estableció una Junta de Supervisión y Administración Financiera bajo el *Puerto Rico Oversight, Management and Economic Stability Act* del año 2016 (Financial Oversight and Management Board of Puerto Rico, 2019). A grandes rasgos, el rol de la Junta de Supervisión y Administración Financiera es supervisar las gestiones financieras y presupuestarias del país, diseñar y autorizar el presupuesto del fondo general en conjunto con el Gobierno de Puerto Rico y fiscalizar cualquier transacción económica que estimen importante.

### ***1.1.1 Salud en Puerto Rico***

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) define el concepto salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”.<sup>1</sup> Alude a que un sistema de salud se define de la siguiente manera:

---

1. Según la página web [www.who.int](http://www.who.int) esta definición fue adoptada en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 estados (Official Records of the World Health Organization, N.º 2, p. 100). Esta entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. (OMS, 2005)

En su escrito destaca que un buen sistema de salud debe dirigirse a mejorar la vida cotidiana de las personas de forma visible. Incluso señala que el principal responsable de la salud de un país es el Estado. Con base en la definición que ofrece la OMS, las evaluaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las investigaciones realizadas en el país, se afirma que el nivel de salud en Puerto Rico es crítico y las enfermedades crónicas van en aumento.

En general, se destaca que las tasas de mortalidad en Puerto Rico se han acrecentado. Para el año 2011, la tasa bruta de mortalidad fue de 8.13,8 por cada 100 000 habitantes; para el 2014 fue de 854.8 (OPS, 2017). En estas mismas estadísticas, se destaca que entre las causas de muerte se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio para un 24 %; las neoplastias con un 19 % y las enfermedades endocrinas con un 13 %. Específicamente, se trata de las enfermedades del corazón en primer lugar, el cáncer como la segunda causa de muerte y la diabetes *mellitus* como la tercera.

A esta estadística se le suman indicadores importantes como un aumento en la incidencia de tuberculosis, más de 300 muertes anuales por suicidio, cerca de 600 muertes violentas anuales, y prevalencia de condiciones como sobrepeso y obesidad (OPS, 2017). Es importante destacar que con el envejecimiento de la población, también incrementen las enfermedades crónicas como alta presión y diabetes. Esto, a su vez, representa un aumento en los gastos en el sistema de salud (Segarra, Cordero y Enchautegui, 2016).

Lo antes mencionado ofrece una visión del estado de salud de las personas que viven en Puerto Rico. Los expertos aluden a que esto refleja, en gran medida, la ineficiencia del propio sistema de salud, el cual está enmarcado en las consecuencias de un desarrollo económico y social estancado, una gran cantidad de la población recibiendo asistencia federal, drástica reducción en la producción agrícola, urbanización rampante y contaminación ambiental (Rigau Pérez, 2000, p. 358). Esto en el marco de la mayor crisis

económica en la historia moderna de Puerto Rico, un sistema de salud costoso, fragmentado y una tasa de pobreza en aumento (Segarra, Cordero y Enchautegui, 2016).

## **1.2 Trayectoria del sistema de salud: Resumen de los acontecimientos sociales, económicos y políticos**

Partiendo de la invasión norteamericana en 1898, se crea el primer hospital en Puerto Rico y se comienza la observación de una nueva forma de coordinar los servicios de salud. Hasta ese momento, por orden de la Corona española, las responsabilidades de la atención en salud eran parte de “juntas comunitarias” existentes en cada pueblo. Para este momento, el estado de salud de la población era crítico, la mortalidad infantil era alta, la gente moría joven y existían pandemias no controladas.

Al convertirse Puerto Rico en prácticamente una base militar, la preocupación por la salud de los soldados hace que EUA comience un enfoque más intensivo para mejorar el estado de salud de la población. Por orden militar crea la Junta de Sanidad (con deberes similares a los que aún conserva el Departamento de Salud actual), con el fin de ofrecer servicios sanitarios. En 1912, se crea un Departamento que agrupa todos los asuntos relacionados con salud pública y beneficencia; más tarde comienzan a crearse unidades de salud públicas, siguiendo el patrón de los EUA. A finales de la década de los treinta, ya cada municipio tenía una unidad básica de atención que operaba bajo el Departamento creado.

En este momento, se observaba que la asistencia sanitaria tenía una vertiente mayoritaria de beneficencia o sustento gubernamental y otra minoritaria de pago privado (Rigau Pérez, 2000, p. 359). Para los años cuarenta, Puerto Rico es incluido en los Títulos V y VI de la Ley de Seguridad Social de Estados Unidos, con lo cual disponía de más fondos para el sistema de salud local. Luego de la adopción de la Constitución de Puerto Rico cambian las relaciones entre EUA y PR, como ya se mencionó. Así las cosas, hubo mayor apertura a la otorgación de fondos, entre otros intercambios.

En 1954 se realiza un estudio que indica que los fondos para los servicios de salud podrían ser manejados de manera más eficiente mediante el mejoramiento de la

organización geográfica del sistema de salud (Fernández, 2001). Para 1965, se aprobó la Ley Hill-Burton, el Medicaid y el Medicare.<sup>2</sup> Esto consistió en proveerle un seguro de salud público a la población médico-indigente, los ancianos y los discapacitados. Con las disposiciones de esta Ley, se construyeron nuevos hospitales de distrito y centros de atención en los municipios.

Sin embargo, a medida que el Gobierno construía más centros de salud distritales, menos servicios podían ofrecer los centros locales, puesto que se comenzaron a redirigir recursos a los distritos y, por ende, a restarle a los locales. Esta situación manifiesta la necesidad de hacer cambios organizativos dentro del sistema de prestación de servicios de salud (Negrón, 1988). A partir de esta situación, se vislumbra como alternativa la *regionalización de los servicios de salud*.

Según Ramírez (1980), esta alternativa:

Es el proceso que implica la organización de los servicios de salud para la población que habita dentro de una demarcación geográfica a fin de que los servicios sean de la más alta calidad y de acuerdo con los recursos existentes. Requiere coordinar e integrar los servicios de manera que estos funcionen como un sistema único articulado y de complejidad graduada.

Las características básicas para la implementación de este sistema regionalizado exigían que, al ser un proceso largo, se superara la inercia institucional, se mantuvieran los intereses ciudadanos y se regresara a la voluntad política con altos valores. También requería de elementos como la delimitación de las regiones, el desarrollo de una jerarquía de servicios y la creación de un sistema integrado de una autoridad que asegure la coordinación adecuada de servicios. El equilibrio entre centralización y descentralización se hacía necesario. La propuesta fue centralizar la evaluación, vigilancia y calidad de los servicios y descentralizar el acceso, generar participación comunitaria y pertinencia local.

---

2. Medicare es un seguro federal de atención médica para personas mayores de 65 años de edad. Medicaid es un seguro de salud para la población indigente, creado en la misma Ley del año 1965, lo cual según Rigau Pérez (2000) ha sido una camisa de fuerza y tema de constante negociación con el Congreso de EUA, pues los fondos que este seguro asigna a PR, que van directamente al Departamento de Salud, están limitados a un total que siempre ha sido mucho menor a lo asignado per cápita a cualquier Estado de la Unión Norteamericana.



Este sistema se implementó y cumplió con el propósito de establecer una estructura piramidal de la atención en salud, con amplia base primaria en los centros de salud municipales, posibilidades de traslado a los hospitales de área (establecidos por cada tres pueblos o más) u hospitales regionales o de nivel de atención terciaria (conocidos como hospitales de distrito) o un nivel supra terciario, ubicado en lo que se conoce actualmente como el Centro Médico de Puerto Rico y el Caribe (Rigau Pérez, 2000, p. 359). Como evaluación general, hasta ese momento se habían acrecentado los servicios y espacios médicos tanto en los hospitales regionales como en el Centro Médico de Puerto Rico (Martínez, 1999; Rigau Pérez, 2000).

A mediados de los años sesenta y principios de los setenta, el aumento en los costos de salud adquiere un carácter político y se torna en parte de la agenda de plataforma de los partidos políticos (Fernández, 2001), los cuales demostraron inconformidad con los modelos utilizados desde la década de los treinta hasta ese momento. Es entonces cuando se intenta desarticular el modelo regionalizado, sin éxito.

Sin embargo, se observan cambios importantes dentro del sistema. Por ejemplo, el Departamento de Salud comienza a ejercer funciones que antes eran delegadas a las regiones, las unidades de salud pública fueron “combinadas” y se crearon Centros de Diagnósticos y Tratamientos (CDT’s), más tarde denominados Centros de Salud Familiar y se produjeron los primeros intentos de privatización que nunca se concretaron (Rigau Pérez, 2000). También se hicieron esfuerzos (sin éxito) para implementar un sistema de salud universal, el cual fundamentalmente proponía llevar la atención de salud a todos los ciudadanos de forma equitativa (Fernández, 2001).

A estos cambios se le suma el déficit de 500 millones de dólares con el que operaba el Departamento de Salud a inicios de la década de los noventa, consecuencia de los enormes gastos que comenzaron a reflejarse como parte de la atención en salud y los actos de corrupción y malversación de fondos que años más tarde se comprobaron. En resumen, luego de esta regionalización y la introducción de cambios paulatinos al modelo, en Puerto Rico continuaron modificando la prestación de servicios de salud con cada cambio de administración gubernamental.

Pese a todos los esfuerzos, el Departamento de Salud no había podido responder a las necesidades de la población eficientemente por factores como bajos presupuestos, costo de la tecnología, abastos médicos y burocracia e interferencia partidista en el Departamento de Salud (Rigau Pérez, 2000).

En este ambiente se fue gestando un descontento por el rumbo del sistema de salud de Puerto Rico. Es entonces cuando se concretiza la idea de la transformación de los servicios de salud. Para el año 1992, se impulsó un proyecto de ley llamado la reforma de salud, el cual se describe en el siguiente punto.

### **1.3 Reforma del sistema de salud en Puerto Rico, 1993**

En el año 1993, con la llegada del Gobernador Dr. Pedro Rosselló, se iniciaron grandes cambios en la administración pública del país, con la promesa de lograr y mantener un Gobierno ágil y eficiente. Según Santana (1997), estos cambios vinieron enmarcados en las propuestas transformadoras del *arte de gobernar* basadas en los autores Osborne y Gaebler.

En los Estados Unidos de América, con un Gobierno demócrata, también se estaba apuntando a la reinvención del Gobierno, ideales que asumió con mucho entusiasmo el gobierno del Dr. Pedro Rosselló (Fernández, 2001, p. 13). Las ideas del presidente Bill Clinton se convirtieron en política pública del Gobierno Federal, reinventando la administración pública con la idea de que “el tipo de gobierno que se desarrolló en la era industrial, sus burocracias perezosas y centralizadas, su preocupación por las regulaciones, sus cadenas jerárquicas de mando, ya no funcionan bien... no funcionan bien en la sociedad y economía de los noventa” (Osborne y Gaebler, 1992, pp. 11-12).

Esta reinvención, en términos generales, cuestiona la burocracia, pero, a su vez, apoya al Gobierno. En otras palabras, insiste en que se deben generar cambios, pero sigue siendo el Gobierno el responsable de proveer los servicios que van a beneficiar a la población.

Basado en esta premisa, se comienza a reinventar el Gobierno de Puerto Rico y, por ende, el sistema de salud. Según Santana (1997), el gobernador Pedro Rosselló comenzó a introducir cambios alineados a la propuesta de reinvención del Gobierno, bajo los siguientes supuestos:

- Reducir el tamaño y los gastos del Gobierno.
- Disminuir o controlar el crecimiento en el empleo público.
- Mejorar la calidad de los servicios públicos y aumentar la productividad.
- Descentralizar la administración pública.
- Desgubernamentalizar la prestación de servicios públicos y flexibilizar la reglamentación.

Con estos elementos para el “cambio”, la campaña del Partido Nuevo Progresista<sup>3</sup> (PNP), del candidato a la gobernación, el Dr. Pedro Rosselló, médico de profesión, la reforma de salud se convirtió en la agenda política más importante. La promesa de campaña fue precisamente darle al pueblo una “tarjeta de salud” que le permitiera a toda la población acceder a servicios de mayor calidad, libre selección de médicos y hospitales, tal y como era en ese momento el sector privado (Rosselló, 2009).

Cabe señalar que la creencia de que el sistema empresarial era más efectivo que el gubernamental es otra premisa de la reinvención del Gobierno, que subyace en la promesa de campaña del PNP. El Dr. Rosselló, al convertirse en máximo dirigente y haber promulgado una campaña centrada en el cambio al modelo de atención de salud, colocó como su prioridad gestar e implementar su proyecto de ley. Con la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, se crea la Administración de Servicios de Salud (ASES), la cual:

Tendrá la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, un sistema de seguros de salud que eventualmente brinde a todos los

---

3. Partido político de Puerto Rico con mayor cantidad de votantes en el país. En Puerto Rico hay solo dos partidos que han tenido acceso a la gobernación del país y el Partido Nuevo Progresista es uno de ellos. Su ideal promueve que Puerto Rico se convierta en un Estado de los Estados Unidos de América.

residentes de la isla acceso a cuidados médico-hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera. (Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, artículo II)

En sus inicios, la reforma proyectó cubrir al 100 % de la población médico-indigente, para eventualmente cubrir a toda la población. A grandes rasgos, ASES había desarrollado un plan que constaba de tres etapas:

1. Proveer un plan de salud a los ya beneficiarios directos del Departamento de Salud.
2. Expandir la cobertura a la población elegible para recibir los servicios, quienes eran personas entre el 0 – 200 % de nivel local de pobreza. En otras palabras, las personas con ingresos de hasta \$791.00 mensuales estaban cubiertas con el plan de salud (Fernández, 2001, p. 23).
3. Cubrir a toda la población puertorriqueña sobre el 200 % de nivel de pobreza.

Martínez (1999) expone que esta política propuso tres mecanismos para implementarla: (1) la privatización de las instalaciones y servicios de salud del Gobierno; (2) ofrecer un seguro de salud privado a los médico-indigentes financiado por el Gobierno de Puerto Rico; (3) promover la contención de costos mediante organizaciones de salud basadas en el concepto de cuidado dirigido.

Dentro de estos tres mecanismos, se entiende que la estrategia clave para la implementación de esta política fue privatizar las facilidades médicas que poseía el Gobierno para comprar el seguro de salud para la población médico-indigente. Inicialmente, el proceso implicaba que diversas aseguradoras hicieran propuestas a ASES de acuerdo con la Ley de Seguros de Puerto Rico. Entonces, la compañía que obtuviera el contrato proveería el seguro de salud para una población delimitada como médico-indigente.<sup>4</sup>

---

4. Población que no tiene capacidad de pago para recibir servicios médicos. Según la Junta de Planificación de Puerto Rico, un 59 % de la población está en el nivel de pobreza y un 45 % es clasificada como médico-indigentes.

La compañía aseguradora que se sometiera a subasta debía cumplir con las exigencias de la reforma en términos de prestación de servicios y cubierta médica. El plan de implementación se diseñó para ponerse en práctica en la isla, dividiéndola en ocho regiones. Se creó un plan piloto en la región de Fajardo y luego se comenzó la implementación en toda la isla aproximadamente a una región por año, lo cual indicaba que tardaría ocho años su puesta en vigor totalmente. Con dificultades en la otorgación de subastas, ante problemas de negociación con las aseguradoras, inconsistencias, recursos limitados, entre otros desaciertos, la implementación de la reforma continuó.

En el año 1996, el Dr. Rosselló fue reelecto, esta situación aseguró la continuación de la puesta en práctica de la Ley 72. No obstante, para ese momento ya se estaban advirtiendo las consecuencias adversas de la rápida implementación de un sistema complejo. La súbita venta de las instalaciones públicas de cuidado médico resultó en que muchas no encontraron comprador, los hospitales privados más “grandes” se convirtieron en “tipos de subsistemas de salud” que terminaron siendo comprados por compañías norteamericanas (Rigau Pérez, 2000, p. 360). En adición, el Departamento de Salud mantenía un déficit presupuestario de \$1.025 millones anuales, más del costo que representaría para el Departamento de Salud ofrecer dichos servicios (Fernández, 2001).

Según el Informe de las Américas, la privatización de los servicios de salud produjo resultados desfavorables, entre ellos: la falta de coordinación integrada en múltiples instituciones, multiplicidad de servicios a todos los niveles, limitación de muchos servicios (terapia física, neurología, rehabilitación, servicios psiquiátricos de hospitalizaciones, entre otros), poca accesibilidad a servicios médicos y establecimientos distantes (OPS, 2007).

En detalle, la evaluación realizada por parte de la OPS (2007, pp. 48-49) al sistema de salud de Puerto Rico reflejó lo siguiente:

- Existen problemas de acceso, eficiencia y equidad a un cuidado de salud del nivel más alto posible, aun con los cuantiosos recursos que se invierten en él.

- La calidad de los servicios curativos y rehabilitativos, y los relacionados a la prevención primaria y secundaria, reflejan dudas razonables.
- La relación médico-paciente es severamente afectada.
- Es notable la insatisfacción, tanto de proveedores como de los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno.
- Se cuestiona el costo-eficiencia, por el hecho de que Puerto Rico es el país del mundo que más recursos invierte en salud en relación con el Producto Bruto Nacional. Pese a ello, los resultados de salud están por debajo de todos los países industrializados comparados.
- La asignación de riesgo penaliza indebidamente al médico primario al imponerle riesgo financiero (no contemplado en la Ley 72 de 1993) por los servicios provistos por otros proveedores a los beneficiarios suscritos a su centro primario. Este mecanismo propicia la creación de dilemas éticos al médico primario al enfrentarse a la posibilidad de denegar servicios indicados o retrasar la realización de pruebas clínicamente necesarias.
- El costo de los medicamentos es varias veces mayor a lo que era cuando los adquiría el Estado de forma directa. Además, el 20 % de las recetas representan el 80 % de los costos de servicio. En los servicios primarios existen ejemplos de negación de medicamentos y despacho de estos desde las oficinas médicas.
- El sistema de salud vigente ha creado una creciente población de personas no aseguradas en Puerto Rico. Por un lado, no cualifican para el Plan de Salud del Gobierno y, por otro, no tienen capacidad económica para comprar un seguro de salud privado. Como consecuencia, se ha dejado sin servicios médicos a cerca del 7 % de la población.

En el año 2010, y en el marco de la reforma de salud<sup>5</sup> (Obamacare) presentada por el entonces presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, el gobernador Luis Fortuño presentó un modelo alternativo llamado Mi Salud (Hernández, 2010). Los dos cambios sustanciales propuestos en este nuevo modelo fueron los siguientes: (1) que el paciente no necesitaría un referido para ver al médico especialista y (2) que las recetas médicas no tendrían que ser contrafirmadas por el médico primario (Vázquez, 2016, p. 28).

Dentro del Obamacare, se ofrecía una cubierta conocida como beneficio de salud básico, que incluía no rechazar a ningún paciente por condiciones preexistentes; el 85 % o más de cada dólar debería ser asignado a servicio directo; cubierta de pastillas anticonceptivas, algunos trasplantes y la cubierta a otros especialistas médicos. También, se suponía que se creara un centro de intercambio –para el cual asignaron fondos– que le permitiera adquirir un seguro de salud a aquellas personas que no cualificaban para el seguro médico del Gobierno, ni tenían la capacidad de pagar uno privado. En Puerto Rico, ningún gobierno a partir del Obamacare creó dicho centro, por el contrario, utilizaron el dinero para el fondo del Plan de Salud del Gobierno (Vázquez, 2016, p. 28).

El gobierno actual<sup>6</sup> implementó, en el año 2018, un nuevo modelo del Plan de Salud del Gobierno llamado Vital. Los cambios significativos abarcaban: (1) que el beneficiario puede seleccionar su aseguradora, (2) puede seleccionar al médico primario y (3) seleccionar al grupo médico primario sin restricciones por regiones, es decir, independientemente de su lugar de residencia (ASES, 2018).

A pesar de los cambios más recientes que ha tenido la reforma de salud, las evaluaciones indican que han sido cambios cosméticos, sin ningún impacto en las necesidades reales de los beneficiarios (Hernández, 2010; Segarra, Cordero y Enchautegui, 2016; Vázquez, 2016).

---

5. “Patient Protection and Affordable Care Act”. Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (2010).

6. El Dr. Ricardo Roselló Nevárez, líder del Partido Nuevo Progresista, fue elegido como gobernador al presente cuatrienio: 2016-2020. A raíz de unas actuaciones consideradas no éticas, renunció a su posición el 2 de agosto de 2019. La Sra. Wanda Vázquez, por orden de sucesión constitucional, juramentó como gobernadora el 7 de agosto de 2019.

Por ejemplo, un informe realizado por Segarra, Cordero y Enchautegui (2016, pp. 5-7) sobre el desempeño de los componentes de salud, a través de la oficina de Gerencia y Presupuesto de Puerto Rico,<sup>7</sup> concluye que el sistema de salud enfrenta serios retos para los próximos años. Destacan los siguientes hallazgos:

- El aumento global en los costos de salud impacta el ya complejo y fragmentado sistema de salud y agudiza los problemas de gobernanza.
- La fuente de fondos federales continuará inestable y se prevé que cada vez será una asignación de fondos menor.
- Los niveles de pobreza en Puerto Rico continúan aumentando, por ende, aumentará la cantidad de asegurados bajo el Plan de Salud del Gobierno, mas no necesariamente el presupuesto.
- El envejecimiento de la población, junto a una alta incidencia de enfermedades crónicas, amenaza el sistema con un gran impacto económico, ya que la prestación de servicios a estos grupos es costosa.

Por otro lado, el “Informe de la Salud en Puerto Rico”, realizado en el año 2016, establece un Plan Decenal del Sector Salud. Según Sánchez, Morales, Alcover y Torres (2016):

El plan se desarrolló con el apoyo de agencias públicas, privadas y entidades sin fines de lucro y de base comunitaria que en conjunto conforman el sistema de salud pública del país y que entre todas aportan al bienestar de la población puertorriqueña. (p. 146)

Mencionan los autores que luego de varios estudios realizados de forma cualitativa y cuantitativa, un grupo inter-agencial evaluó los resultados y establecieron cuatro temas de atención prioritaria: promoción, prevención y protección de enfermedades,

---

7. Oficina de Gerencia y Presupuesto de Puerto Rico. Según la Ley Orgánica de la Oficina de Gerencia y Presupuesto:

Este es un organismo asesor y auxiliar, para ayudar al gobernador en el descargue de sus funciones y responsabilidades de dirección y administración. Dicha oficina está bajo la dirección de un Director nombrado por el gobernador, quien desempeñará su cargo a voluntad del gobernador. (artículo 2 de la Ley N.º 147 de junio de 1980, según enmendada)



empoderamiento y desarrollo de las comunidades, acceso a cuidado de salud de calidad y gobernanza.

Para efectos de este apartado, se incluyen dos infografías del Informe. El cuadro 1 muestra un resumen de las áreas a considerar en el Plan Decenal en torno al acceso a cuidado de salud de calidad.

**Cuadro 1. Área prioritaria: Acceso a cuidado de salud de calidad**

Área prioritaria: Acceso a cuidado de salud de calidad	
<b>Evaluación comunitaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de profesionales de la salud capacitador para manejar poblaciones vulnerables.</li> <li>- Emigración de los profesionales de la salud-menores profesionales atrasa los tratamientos.</li> <li>- Educar sobre la disponibilidad de servicios de salud, cobertura médica y condiciones específicas.</li> <li>- Altos costos de los servicios de salud.</li> <li>- Falta de un sistema de trasportación eficiente.</li> <li>- Educar a las comunidades y a los profesionales de la salud para eliminar estigmas existentes hacia ciertas poblaciones.</li> <li>- Proveer servicios de salud enfocados a poblaciones en específico.</li> <li>- Integración de los servicios de salud disponibles.</li> <li>- Servicios de salud culturalmente adecuados.</li> </ul>	<b>Fuerzas de cambio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar la duplicidad en servicios.</li> <li>- Más educación sobre temas como: salud mental, educación a familias, enfermedades en general, etc.</li> <li>- Integración de servicios sociales y de salud pública.</li> <li>- Facilitar el acceso a los servicios de salud existentes por medio de promoción de programas y recursos.</li> <li>- Desarrollar política pública ya que la salud debe ser un derecho. Mayor política pública con enfoque en prevención, comunidad y determinantes sociales.</li> <li>- Mejorar la educación en temas de salud y la disponibilidad de información sobre los servicios de salud.</li> <li>- Disminuir los estigmas sociales a través de la educación.</li> <li>- Estudiar los determinantes sociales de la salud.</li> <li>- Analizar datos de aseguradoras y crear alianza entre sectores públicos y privados.</li> <li>- Sistema de medición de calidad y resultados.</li> <li>- Generar una política pública de envejecimiento en cultura de retiro.</li> <li>- Re-enfoque de servicios para edades mayores.</li> <li>- Disponibilidad de proveedores primarios.</li> <li>- Mejor salud mental.</li> </ul>
<b>Sistema de Salud de PR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe desconocimiento sobre la manera, si alguna, en la cual se evalúan los servicios a nivel de sistema de salud pública del país.</li> <li>-Ausencia de procesos de evaluación a los servicios de salud pública en las regiones fuera del área metro y las poblaciones vulnerables.</li> <li>-Mala utilización de recursos (financieros y humanos) destinados al monitoreo y evaluación.</li> <li>-Barreras en el acceso a cuidado de salud para poblaciones vulnerables (ej. Personas con impedimentos)</li> <li>-Acceso limitado a servicios de salud en las regiones fuera del área metropolitana como la región de la montaña y el área oeste de la isla.</li> </ul>	<b>Informe de la salud de PR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La tasa de profesionales de la salud es de aproximadamente 17 profesionales de la salud por cada 1,000 habitantes.</li> <li>- Principales profesiones: enfermería, médicos, farmacéuticos y dentistas.</li> <li>- Capacidad de cama en uso fue de 76.3% y la tasa de camas en uso fue de 2.6 por cada mil habitantes.</li> <li>- Al año 2013 existían 50 Centro de Salud Primaria o Centros 330.</li> </ul>

Fuente: Informe de la Salud en Puerto Rico (Sánchez *et al.*, 2016, p. 160).

En el cuadro 2, también como resultado del Informe de la Salud en Puerto Rico, se presenta el resumen del área prioritaria sobre gobernanza.

**Cuadro 2. Área prioritaria: Gobernanza**

Área prioritaria: Gobernanza	
<b>Evaluación comunitaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura médica amplia y accesible.</li> <li>- Infraestructura de las facilidades de servicios de salud.</li> <li>- Crear banco de recursos disponibles de servicios/cuidado de salud.</li> <li>- Consistencia y continuidad del cuidado médico y los servicios disponibles.</li> </ul>	<b>Fuerzas de cambio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear un nuevo modelo de prestación de servicios de salud.</li> <li>- El plan económico del país no tiene claramente definido las estrategias para evitar la fuga de talento e incentivar a los jóvenes empleados para que se queden en el país.</li> <li>- Preparar un perfil de los estudiantes no tradicionales para reeducarse y cambiar de profesión, incluyendo los adultos de 50 años o más.</li> <li>- Devolver el poder fiscalizador al DS.</li> <li>- Uso del PRHIN.</li> <li>- Delinear roles específicos a los diferentes puesto de gerencia del DS para tener un sistema más organizado/ jerárquico.</li> </ul>
<b>Sistema de Salud de PR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fortalecer los esfuerzos de investigación con el sector de la academia al igual que la divulgación de resultados.</li> <li>-Fragmentación del sistema de salud pública de PR.</li> <li>-Ausencia de evaluación y monitoria de la fuerza laboral del sistema de salud pública de PR. Se recomienda crear un plan de desarrollo de fuerza laboral.</li> <li>-Crear organismo que se encargue de evaluar política pública que se presenta a la legislatura relacionada a salud pública.</li> <li>-Asignar personal dedicado a la planificación y desarrollo de política pública.</li> <li>-Educación en salud pública a creadores de política pública.</li> <li>-Crear oficina de monitoreo y mejoramiento de calidad.</li> </ul>	<b>Informe de la salud de PR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La importancia y el tema de la inversión en el sector salud, sus bajas y altas a través de los años.</li> <li>- A partir del 2010 el sector privado se ha visto más afectado por reducciones en la inversión en salud.</li> <li>- El sector Salud oscilo entre 8.2% (2004) y el 12.3% (2010) del Producto Interno Bruto (PIB) en 2004 hasta 2013. La baja de 2013 a 2014 fue de -8.2% atribuido en gran medida a una reducción de fondos federales.</li> <li>- Un análisis de la inversión pública y privada comparándolo con la expectativa de vida refleja en salud tiene mayor influencia en la expectativa de vida que el que se gasta el sector privado.</li> </ul>

Fuente: Informe de la Salud en Puerto Rico (Sánchez *et al.*, 2016, p. 161).

Las infografías presentadas en los cuadros anteriores validan el estado en el cual se encuentra el sistema de salud de Puerto Rico y, en gran parte, la prestación de servicios en términos de acceso y calidad. A modo de ejemplo, se destacan los siguientes hallazgos de las investigaciones realizadas en el Informe de la Salud de Puerto Rico:

- Ausencia de evaluaciones desde el nivel de política pública hasta el nivel de calidad en la prestación de servicios.
- Barreras en el acceso a cuidado de salud para poblaciones vulnerables.
- Falta de profesionales de la salud que atiendan la demanda de los servicios a tiempo.
- Falta de procesos educativos en diversas áreas a funcionarios públicos, clase médica y usuarios de sistema de salud.
- Necesidad de crear un nuevo modelo de prestación de servicios de salud.

Otro reporte de investigación realizado por Perreira, Peters, Lallemand y Zuckerman (2017) del Urban Institute en Estados Unidos y financiado por la Oficina del subsecretario de Planificación y Evaluación, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., alude diversos factores que impactan negativamente el acceso de los puertorriqueños a la atención médica, la calidad de la atención recibida y la satisfacción del paciente con esa atención.

Según Perreira *et al.* (2017, p. 3), los resultados más significativos de esta investigación, que incluyó entrevistas a informantes clave, expertos y beneficiarios, son los siguientes:

- La privatización del sistema público de salud y, a raíz de ello, el aumento de costos en la administración del modelo de cuidado coordinado (managed care).
- El aumento en el envejecimiento de la población puertorriqueña combinada con altas tasas de pobreza y algunas condiciones de salud crónicas que encarecen el sistema.
- La inestabilidad económica en Puerto Rico que ha generado un declive económico y un aumento en la emigración de los profesionales de la salud, lo cual atenta contra la calidad y el acceso a servicios médicos, sobre todo para la población residente fuera del área metropolitana.

- El alto costo de vida en Puerto Rico, el cual, en algunas zonas comparables con ciudades en Estados Unidos, puede llegar a ser 12 % mayor.

Por otro lado, otro hallazgo de este estudio fue la crítica de algunos médicos entrevistados que indicaron lo siguiente:

La privatización del sistema de salud pública es la fuente principal de los problemas del sistema de salud de Puerto Rico en la actualidad. Argumentan que las estructuras organizativas y de pago integradas en el sistema del modelo de cuidado coordinado, al estar privatizadas, reducen la capacidad de coordinar la atención médica. (p. 5)

En general, y basado en los datos previamente descritos, la reforma de salud, a 27 años de su implementación, no ha dado los resultados esperados, específicamente en términos de acceso y calidad de los servicios de salud. Ante la transformación de este sector y los resultados de las evaluaciones realizadas, se considera que existe un “déficit de implementación” de la política pública, en el entendido de que, en todo proceso de cambio institucional, se dan interacciones entre actores, que tienen consecuencias fundamentales sobre este. Por ello, el interés de estudiar las dinámicas sociales, políticas y económicas, el marco institucional de la reforma de salud, el papel de los actores y sus interacciones y su impacto en la prestación de servicios.

## **2. Antecedentes en América Latina y el Caribe**

En este apartado, se muestran antecedentes de investigaciones, estudios y evaluaciones realizadas en Puerto Rico, América Latina y el Caribe (organizaciones internacionales como la OPS incluyen a Puerto Rico en sus informes como un país parte de la región). Se presentan los debates más influyentes sobre los procesos de reformas de la década de los noventa, incluyendo los modelos que predominaron metodológicamente, así como las perspectivas desde las cuales se ha abordado el tema del sector salud en términos de implementación de la reforma y la prestación de servicios hasta la actualidad.

## 2.1 Proceso de reformas en América Latina y el Caribe

Desde las últimas dos décadas hasta la actualidad, se han observado reformas de los sistemas de salud alrededor del mundo. A inicios de los años noventa, en América Latina y el Caribe casi todos los países habían comenzado el proceso de reforma al sector salud, o al menos lo estaban considerando (OPS, 2002). Con el objetivo de evaluar los procesos que habían comenzado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la Cumbre de las Américas celebrada en el año 1995, definió la reforma de salud como:

Un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y la viabilizan. (OPS, 1995)

Basado en los lineamientos definidos, la Organización Panamericana de la Salud (2002) realizó un análisis de las dinámicas en términos de fases y actores principales y de los contenidos de las reformas sanitarias en ocho países: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Como puntos comunes, en términos del inicio y justificación de la emergencia de las reformas en el sector, se destacan los siguientes:

La necesidad de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales y a los cambios demográficos, la existencia de una baja cobertura en los servicios de salud y el deseo de aumentar la eficiencia y la calidad en la provisión de servicios. (OPS, 2002, p. 9)

Los actores que conformaron este proceso de reforma, en los países señalados en general, fueron los ministerios o secretarías de salud, los organismos involucrados como agencias de cooperación, sector privado, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM), entre otros (OPS, 2002). El contexto particular que incide en todos los países en el transcurso de la reforma es que el proceso estuvo inscrito dentro de la ideología de modernización y el desarrollo del Estado.

En el caso de la implementación, los países comparados por la OPS (2002) informaron que la etapa de implementación de la reforma suele implicar más de un período de gobierno. Se observa un sustantivo apoyo financiero y técnico por parte de

organizaciones internacionales como el BM, el BID, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo, la Unión Europea y algunos donantes bilaterales.

En la revisión de literatura, se proponen tres marcos generales que dictan la metodología que ha influenciado el diseño de las reformas de salud en países latinoamericanos. El cuadro 3 detalla las áreas de los modelos que mayor injerencia tienen en esta investigación.

**Cuadro 3. Diseños de las reformas de salud en América Latina y el Caribe**

<b>Modelo</b>	<b>Definición del modelo</b>	<b>Papel del Estado</b>	<b>Servicios de salud</b>	<b>Dilema central</b>
Sanitarista o clásico	Considera la salud como un derecho para la totalidad de la población, con iguales posibilidades de todos los sectores de disfrutar la tecnología moderna	Responsable en la producción y distribución equitativa de los servicios	La prestación de servicios debe superar las restricciones económicas, adecuando el sistema a las particularidades geográficas y culturales de cada comunidad	El dilema radica en que se logre establecer un modelo de atención adecuado ante la posibilidad de que se genere un modelo dual, en el cual los grupos de mayores ingresos tengan mayor acceso
Modelo focalizado de financiamiento	Busca maximizar las intervenciones públicas en áreas de atención costo-efectivas.	Se observa con limitada capacidad para intervenir en salud y garantizar todo tipo de prestaciones, por lo cual debe intervenir en aquellos procedimientos que sean de máximo beneficio	Los servicios de salud que no provee el Estado deben ser adquiridos en el sector privado	El establecimiento de balances en términos de gasto público, oferta de servicios y competencia
Posturas intermedias	Modelo poco homogéneo que cuenta con diversas características	Se observa con un rol de director estratégico, monitoreando	Se promueven los servicios dentro de una variedad de opciones, por lo	La necesidad de abandonar posiciones extremas, buscando

	como: reconocimiento de un sistema mixto, limitaciones del sector público como proveedor de servicios, uso del sector privado en cooperación y búsqueda de maximización de los recursos disponibles	las reglas de juego	que se incorpora todo tipo de instituciones públicas y privadas	aquella mezcla público-privado que responda a los objetivos
--	---	------------------------	---	--

Fuente: Elaboración propia. Basado en Maceira (2007).

La propuesta del cuadro anterior sugiere el tipo de relaciones entre actores público-privados en los procesos de reformas, aborda los dilemas de la implementación de cada metodología y establece el rol del Estado como cuerpo regulador, estrategia o interventor.

Cabe señalar que en Estados Unidos y Puerto Rico el modelo implementado se aleja de estos tres tipos de modelos presentados. En su caso, se ha implantado un modelo sanitario con regulación estatal, en el cual el Estado ejecuta como fiscalizador, la prestación de servicios es a través de aseguradoras privadas; el dilema principal es que son modelos altamente costosos y poco eficientes.

## 2.2 Perspectivas apremiantes sobre la implementación de las políticas de salud

El tema de la salud en general es usualmente abordado desde una perspectiva epidemiológica, en la cual se generan análisis de enfermedades existentes o erradicadas, condiciones sociales y ambientales de los países y las gestiones para ocuparse de las deficiencias encontradas en estos aspectos. No obstante, en esta última década se ha comenzado a observar la política de salud desde una visión global que ha requerido considerar planteamientos condicionantes al futuro cercano.



Según la OPS (2007, p. 428) hay tres macro tendencias que configuran el panorama del sector salud. Las tendencias *socioeconómicas* establecerán los aspectos como el ingreso y distribución del Producto Interno Bruto, puesto que influirá directamente en el estado de salud de la población. Por su parte, se debe considerar el crecimiento y los cambios demográficos, como el envejecimiento de la población, puesto que los sistemas de salud requerirán de ajustes fundamentales, sobre todo en la prestación de servicios.

Otra tendencia es la *situación de salud* que, aunque los indicadores de la región de América Latina y el Caribe establecen que han mejorado en el pasado reciente, persiste la desigualdad en términos de acceso (OPS, 2007, p. 428). La tercera tendencia es sobre los *sistemas de salud*, en los cuales se observa la segmentación de los servicios, la deficiencia de las políticas de financiamiento de la salud, la asignación deficiente de los servicios de salud y el hincapié en la atención terciaria e individual a expensas de la atención primaria y pública (OPS, 2007, p. 428).

Otro tema de reciente análisis en la implementación de las reformas del sector salud han sido las dinámicas que se han observado entre los actores estratégicos. Específicamente, el surgimiento de las alianzas público-privadas en el sector y el cambio de roles del Estado y la incorporación de nuevos agentes en el proceso.

Rossetti y Mogollón (2002) mencionan que la mayoría de los países enfrentaron la necesidad de transformar los sistemas de salud al plantear distintas opciones que afectaron a los grupos de interés del sector. Lo anterior resultó en la movilización de actores fundamentalmente del sector privado, los cuales asumieron la responsabilidad de provisión de servicios de salud dentro de nuevos esquemas de colaboración entre los sectores públicos y privados.

Almeida (2002), Garay (2000) y Gómez (2005) argumentan que los actores, vistos como grupos de interés y definidos como grupos distintos del Gobierno y los partidos políticos, han tomado un auge importante en las políticas de salud. El análisis de estos, se ha centrado en mapeo de actores con metodologías que explican el funcionamiento de las reformas, pero no contemplan las interacciones, redes e incidencia de estos como

participantes claves del proceso. La causa que identifican estos autores es la insuficiencia de estudios de caso de estos grupos como entes distintivos del Gobierno.

Además, ante los modelos mixtos que han predominado en las reformas del sistema de salud, se ha requerido el entendimiento de la coparticipación entre el Estado y el mercado en la implementación de la política de salud (Uribe, 2009). Estos son procesos que han dependido más de la relación entre los múltiples actores que de los contenidos y trayectorias de las reformas (Perdomo, 2007; Uribe, 2009).

Franco Giraldo (2014, p. 101) alude a que los modelos de las reformas de los sistemas de salud en América Latina, Estados Unidos y el Caribe tienen condiciones de mercado. Expone que no necesariamente se trata de condiciones de mercado puras, sino de la lógica de las políticas que tienen como eje al mercado y sus intereses financieros. Esta última es una característica de las reformas sanitarias en América Latina, las cuales responden a la lógica del mercado, independientemente si está basada en un modelo típico desregulado, cuasimercados o sometidos a la regulación estatal o descentralización.

Los estudios y lineamientos que se han presentado, además de las tendencias del sector para las próximas décadas, muestran visiones particulares de las relaciones entre actores. Se abordan temas centrales y fundamentales, vinculados también a la economía de mercado y su impacto directo en la prestación de servicios al usuario.

La revisión ejecutada deja entrever que es crucial analizar la transformación del sector salud en Puerto Rico desde una visión del nuevo institucionalismo. Más allá de una descripción del sistema, y de datos sobre salud pública, se trata de considerar los elementos del modelo que han predominado, la coyuntura y justificación que ha contextualizado el proceso. En adición, se considera significativo observar la configuración de las relaciones entre los actores estratégicos, en el entendido de que estas relaciones se dan en un marco sociopolítico, con procesos histórico-estructurales, de coyuntura y de realidades nacionales que deben ser consideradas.

### **3. Justificación de la investigación**

Al implementarse la reforma de salud hubo un cambio en el modelo de prestación de los servicios de salud. El modelo predominante es uno de provisión de servicios de salud privados con financiamiento público estatal y federal. Por la complejidad del cambio institucional, la inclusión, intervención e interacción de los actores involucrados ha sido una dinámica altamente influyente y decisiva en el proceso de implementación.

Según la Ley 72, la reforma tiene sus bases en la afirmación de la existencia previa de dos sistemas paralelos: el público y el privado, altamente desiguales. Se menciona en los supuestos de la Ley, que el Departamento de Salud ya no tenía la capacidad de corresponder al sector médico-indigente. Las razones aluden a factores como insuficiencia de los presupuestos, el costo creciente de la tecnología y los abastos médicos, el gigantismo y centralismo burocráticos y la interferencia con la gestión departamental. Los factores anteriores generaron efectos adversos que ampliaron la brecha existente en el acceso y calidad de los servicios médicos, en relación con el sistema privado.

Empero, a 27 años de la implementación de esta reforma del sistema de salud, las evaluaciones sobre esta han concluido que no ha satisfecho las expectativas de cambio y equidad en los servicios de salud (CESSPR, 2005; OPS, 2007; OPS, 2017). En este sentido, la prestación de servicios bajo el modelo de salud actual no ha cumplido su objetivo de asegurar a toda la población, sino que ha provocado que más de 300 000 ciudadanos carezcan de un seguro médico y, por tanto, de acceso a los servicios (Hernández, 2010; Segarra, Cordero y Enchautegui, 2016; Vázquez, 2016).

Los asegurados (beneficiarios) no tienen garantizado un acceso real. Por un lado, el Reglamento de la Ley 72 establece que “el médico primario determinará los servicios que necesita el beneficiario, referirá y proveerá acceso a los beneficiarios a servicios especializados” (ASES, 1995, p. 9); pero, por otra parte, en enmiendas y prácticas establecidas posteriores a la Ley 72, han creado un dilema ético, al imponerle un riesgo financiero al médico primario al utilizar servicios de otros proveedores (Perfil OPS, 2007).

Otro aspecto central es la otorgación y cancelación constante en los contratos de las aseguradoras para la prestación de los servicios, debido a que implica cambios en la cobertura de servicios, en la distribución geográfica y en el establecimiento de grupos médicos (redes de proveedores para la libre elección). En otras palabras, se genera lo que se conoce como el problema de los costos de transacción, propio de los servicios públicos con participación privada.

Cuando se gestan estos cambios, el beneficiario en múltiples ocasiones, incluso queda sin cobertura por ciertos períodos, en tanto la nueva aseguradora pasa por el proceso de negociación y firma del nuevo contrato. Por ejemplo, entre el 2009 y 2011, ASES había cambiado de aseguradora al menos tres veces. En años posteriores, se integraron distintas aseguradoras, las cuales sometían propuestas para regiones específicas, es decir, ya no se trataba de una sola aseguradora para toda la isla.

Sin embargo, a partir de noviembre de 2018, el Gobierno de Puerto Rico mantiene contratos con cinco aseguradoras, que compiten por pacientes de toda la isla, ya que no fue dividido por regiones, como se hizo hasta octubre de 2018. Según el exgobernador, Ricardo Rosselló, este cambio se efectuó en respuesta al interés de que el beneficiario pueda tener “libre selección” realmente. En este momento, el sistema de salud se llama Vital.

Cabe señalar que, al cambiar de aseguradora, también ocurren cambios en la contratación de médicos y hospitales, lo cual requiere de la reagrupación de pacientes por zonas, hospitales y grupos médicos; nuevamente se observa al beneficiario afectado por dichos cambios. Estas distinciones se ejemplifican en los tiempos de espera para coordinar una cita médica con un especialista, coordinación de alguna cirugía, estudio o análisis médico y hasta la obtención de un espacio adecuado al momento de requerir hospitalización, entre otros aspectos.

Con este último cambio al sistema, distintos grupos de interés han manifestado que los beneficiarios siguen afectándose. Asimismo, dicho cambio también ha afectado el acceso a los médicos primarios, se han suspendido cirugías, los pacientes se han quedado

sin sus medicamentos de seguimiento, incluyendo personas con condiciones crónicas o terminales como el cáncer o VIH. Rivera (citada en Venes, 2018) indicó que:

La implementación de este plan es y será un desastre total. El nuevo modelo de salud Vital ha resultado mortal tanto para nosotros los proveedores como para nuestros pacientes que son la razón de ser de nuestro sistema y quienes están siendo afectados grandemente. (p. 1)

En cuanto a la calidad de la prestación de servicios, esta también ha sido cuestionada, puesto que las evaluaciones al sistema destacan que no se ha logrado estrechar la brecha entre los servicios con financiamiento público y los servicios privados. En la práctica existen distinciones entre la persona con capacidad de pago y los beneficiarios de la reforma (Pérez, 2003; Perfil OPS, 2007; Rigau Pérez, 2000). Por su parte, ante los cambios implantados, indica Pérez (2018, citado en González, 2018) que:

No hay nada nuevo que no haya ocurrido antes. Mucho anuncio aquí y allá, pero al final nos quedamos en el mismo lugar: que es que ASES le entrega a las aseguradoras el manejo de toda la situación y dejan a los mismos de siempre, que son los pacientes y los doctores, para que las aseguradoras los expriman un poquito más que la vez anterior. Añade los problemas y el monopolio continuarán si no se enfoca la calidad del servicio a los pacientes. (p. 2)

Además, ha quedado establecido que la crisis económica que vive Puerto Rico y la inequidad a la cual está sometido el país ante el apoyo económico desigual por parte de los Estados Unidos, amenaza un ya desarticulado, complejo, costoso e ineficiente sistema de salud. Esto abonará a que cada vez más se precaricen los servicios, lo que redundará en menor calidad y pobre o ningún acceso a servicios de salud (Hernández, 2010; Perreira, Peters, Lallemand y Zuckerman, 2017; Sánchez, Morales, Alcover y Torres, 2016; Segarra, Cordero y Enchautegui, 2016; Vázquez, 2016).

Por lo anterior, se pretende abordar esta investigación desde una perspectiva neoinstitucional y la teoría de la agencia, con el fin de explicar a qué se debe el constante fallo en la implementación de la reforma del sector salud, sus continuos cambios y su impacto en la prestación de servicios.

También es importante destacar que esta investigación es innovadora en Puerto Rico, ya que hasta el momento no se han encontrado investigaciones que den cuenta de las interrelaciones e incidencia de los múltiples actores en la puesta en práctica de la reforma,

considerando también las dinámicas socio-políticas y económicas. Los datos encontrados al respecto están desarticulados y la mayoría desde la perspectiva político-partidista, no académica. De igual forma, los resultados de esta investigación implican la exposición de nuevos lineamientos de análisis desde el marco de la investigación social y crítica de las políticas públicas en Puerto Rico, particularmente en el sector salud. Lo que sirve de marco de referencia para que los grupos de actores involucrados en la implementación de la política del sector salud reorienten sus procesos de toma de decisiones. Como mencionan Pallavicini, Chamizo y Vargas (2013, p. 4), las políticas, por ejemplo, del sector salud deben ser vinculantes al nuevo enfoque de derechos humanos y a la gestión de políticas transversales para el logro de respuestas integrales a problemas altamente complejos.

Finalmente, estos resultados aportan un análisis importante en Puerto Rico desde el concepto de los cuasimercados de la salud. Se establece que el cuasimercado, en el cual se ha enmarcado el sistema de salud, no está cumpliendo con los objetivos de acceso y calidad en la prestación de servicios de salud. Además, hace una aportación analítica en cuanto a las contrataciones público-privadas en el sector salud, desde la mirada de la teoría de la agencia.

#### **4. Planteamiento del problema**

Se observa que esta ha sido una política pública radical que ha transformado el sistema de salud. Se parte de la premisa de que el conjunto de dinámicas sociopolíticas y económicas entre actores estratégicos ha determinado, en gran medida, la implementación de la política.

Las decisiones relacionadas al diseño institucional prevaleciente atienden parcialmente las ineficiencias del sistema de salud, y no presentan ajustes al modelo de atención, que sigue siendo uno principalmente de nivel curativo. Esta práctica, entre otros efectos, aleja la política de salud pública del enfoque de derechos en salud, lo cual implica la atención a los determinantes sociales con una base en la prevención. En tanto, la interacción de los actores públicos y privados en un contexto de mercado ha afectado el

acceso y la calidad en la prestación de servicios. Es decir, la implementación de la política de la reforma sanitaria ha tenido como resultado una prestación de servicios de salud atada a los intereses del mercado y, como consecuencia, inequidad en el acceso, aumento en los costos y una calidad variable y no centrada en el beneficiario (usuario). Las instituciones se observan inmersas en las negociaciones e imperfecciones clásicas del mercado, y al Estado como ente regulador.

Esta problemática se pretende abordar desde una visión de actores estratégicos involucrados en la toma de decisiones. Para esto, se toman en consideración los actores, las interacciones y su complejidad, la intervención de nuevos actores, las redes generadas, la utilización/movilización de los recursos y la relación agente-principal mediante los procesos de contratación de actores público-privados.

#### **4.1 Objetivo general**

Analizar cómo las relaciones entre los actores públicos y privados han influido en el resultado institucional prevaleciente en el sector salud y su incidencia en las decisiones que se han tomado en torno a las condiciones para el acceso y calidad en la prestación de servicios de salud a partir de la reforma de salud implementada en el período 1993-2019.

#### **4.2 Preguntas de investigación**

- ¿De qué forma la interacción entre actores públicos y privados ha influenciado las reglas de juego prevalecientes en el sector salud?
- ¿Cómo el resultado institucional ha incidido en las condiciones para el acceso y calidad en la prestación de servicios de salud a partir de la reforma de salud implementada en el período 1993-2019?
- ¿Cuál fue el resultado institucional de las interacciones entre actores públicos y privados? ¿Cuál fue el diseño del contrato? ¿En qué contexto se da este?
- ¿Cómo inciden las decisiones tomadas en la prestación de los servicios de salud?

- ¿Qué implicaciones ha tenido la implementación de la reforma en relación con el acceso y calidad de los servicios de salud?

### 4.3 Objetivos específicos

1. Describir el marco institucional (reglas de juego) e identificar las transformaciones principales entre el Estado y las entidades privadas en el proceso de formulación, aprobación e implementación de la reforma de salud.
2. Examinar el resultado institucional acordado por los actores estratégicos en relación con el nuevo modelo del sistema de salud.
3. Analizar las decisiones de los actores estratégicos y su incidencia en la prestación de los servicios de salud.
4. Establecer las implicaciones para el sistema de salud del país en relación con el acceso y calidad de los servicios.

## 5. Alcance y viabilidad de la investigación

Este estudio será uno de nivel exploratorio-descriptivo, con alcance explicativo. Esto debido a que el tema ha sido poco estudiado y, de acuerdo con la revisión de literatura realizada por la investigadora, no se ha hecho ningún estudio similar, al menos en Puerto Rico. Según Babbie (2000, p. 73), los estudios exploratorios-descriptivos resultan valiosos para la investigación científico-social cuando un investigador esboza un nuevo terreno y como resultado casi siempre se arrojan nuevos temas por ser investigados. Asimismo, se contempla la profundización analítica sobre el porqué de las pautas observadas y posibles implicaciones en el tema investigado (Babbie, 2000, p. 74).

Hernández *et al.* (2014) mencionan que la viabilidad de una investigación depende de los recursos que esta requiere y de los recursos que se tengan disponibles para su ejecución. En el caso de esta investigación, se cuenta con los recursos humanos y el tiempo disponible para realizarla. En cuanto a los recursos económicos, este estudio no



requiere de mayores costos. Además, se facilita el acceso a la unidad de análisis, puesto que se ha establecido una red de trabajo con investigadores del tema en Puerto Rico, con lo que se garantiza el acceso a documentos y actores estratégicos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

Esta investigación tiene como propósito general explicar la perspectiva teórica que permite comprender cómo las relaciones entre los actores públicos y privados han influido en el resultado institucional prevaleciente en el sector salud y su incidencia en las decisiones que se han tomado en torno a las condiciones para el acceso y calidad en la prestación de servicios a partir de la implementación de la reforma de salud. En este apartado, en primer lugar, se presenta el concepto de salud y atención en salud desde los lineamientos internacionales. Luego, como segundo eje teórico, se expone el concepto de políticas públicas desde los procesos, gestión, enfoque de derechos y su aplicación al sector salud.

En cuanto a las teorías que se abordan en esta investigación, se presenta el neoinstitucionalismo y la teoría de la agencia vinculadas directamente a los objetivos del estudio y al análisis pretendido. El enfoque neoinstitucional se esboza con particular atención en la elección racional y se complementa con la teoría de la agencia, la cual permite analizar la relación contractual del caso estudiado. Al final, se discute el enfoque adoptado en esta investigación y se presentan las categorías de análisis desde la teoría de la agencia.

#### **1. Salud y atención en salud**

El concepto salud fue definido en el año 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones”. Este concepto establece que la salud del ser humano es más que el componente biológico. Alude al concepto de bienestar en su sentido integral, explicitando que son diversos factores los que influyen en la buena o mala salud de las

personas. Se vislumbra a la persona como parte de un contexto social, económico, político y cultural que influye directamente en su estado de salud.

En consonancia con la definición global, la OMS hace referencia a los determinantes sociales de la salud; los define de la siguiente manera:

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. (OPS, 2019)

Este planteamiento establece categorías importantes desde la complejidad del propio concepto de salud, pues habla del desarrollo humano y sus interacciones, incluyendo aquellas que se circunscriben a las decisiones políticas por parte del Estado. Más recientemente, se determinó que la salud debe verse como un derecho humano;<sup>1</sup> por lo que debe ser impulsado por los países para garantizar el cuidado a la salud, eliminar las disparidades de acceso a servicios y atender las causas de la desigualdad.

Las reformas de los sistemas de salud, llevadas a cabo hace más de veinte años en Latinoamérica, se realizaron precisamente con el objetivo principal de ampliar el acceso a los servicios de salud y que estos fueran de calidad. Al momento, los sistemas evaluados han presentado serios retos y desafíos, y no han alcanzado sus objetivos. No obstante, tomando en consideración que un buen estado de salud no es ausencia de enfermedad (OMS, 1946), y que los intentos con las políticas focalizadas no han dado el resultado esperado, es preciso retomar el concepto base de atención primaria de la salud con énfasis en los elementos que componen los determinantes sociales y las políticas basadas en derechos humanos.

La atención en salud es considerada como la interacción entre las personas y los profesionales de la salud en el marco de un sistema caracterizado por los servicios, la gama de sus actividades, la calidad y barreras de acceso y el contexto socioeconómico, cultural y político imperante (Gofin y Gofin, 2007). Este tipo de atención puede clasificarse por niveles, de acuerdo con el servicio que se brinda, las poblaciones que se

---

1. Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000. Recuperado de [www.paho.org](http://www.paho.org)

atienden, la severidad de la condición de salud o la complejidad del tratamiento requerido. Por ejemplo, en el caso de Puerto Rico existe nivel de atención primaria, secundaria, terciaria y supra terciaria. Existen centros de salud primaria, centros de diagnóstico y tratamientos en los municipios, hospitales generales y hospitales de atención especializada. Estos se conforman por entidades públicas y privadas, con y sin fines de lucro. El Estado mantiene bajo su administración pública el sistema terciario y supra terciario, cuyo nombre es el Centro Médico de Puerto Rico. Dentro de estas facilidades existen otras entidades que, como la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), son también corporaciones públicas que brindan o coordinan servicios de salud.

Empero, la bibliografía internacional está enfocada en el primer nivel de atención, pues se considera que es el espacio por excelencia para la promoción de la salud. Según Gofin y Gofin (2007), “el interés y las acciones relacionados con la atención primaria de salud (APS) en el mundo, aumentaron sustancialmente a partir de la Conferencia Internacional sobre APS Celebrada en Alma-Ata en 1978” (p. 177). Por su parte, Macinko, Montenegro, Nebot y Etienne (2007) afirman que, a partir del año 2000, la meta de salud internacionalmente adoptada enfoca la APS como un proceso que tiene el fin de “revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva, y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros” (p. 74). Añaden que los factores determinantes de la salud tienen que ser parte de cualquier proyecto de desarrollo humano de país, para que, al aplicar el enfoque, alcancen el más alto nivel posible de salud para cada persona.

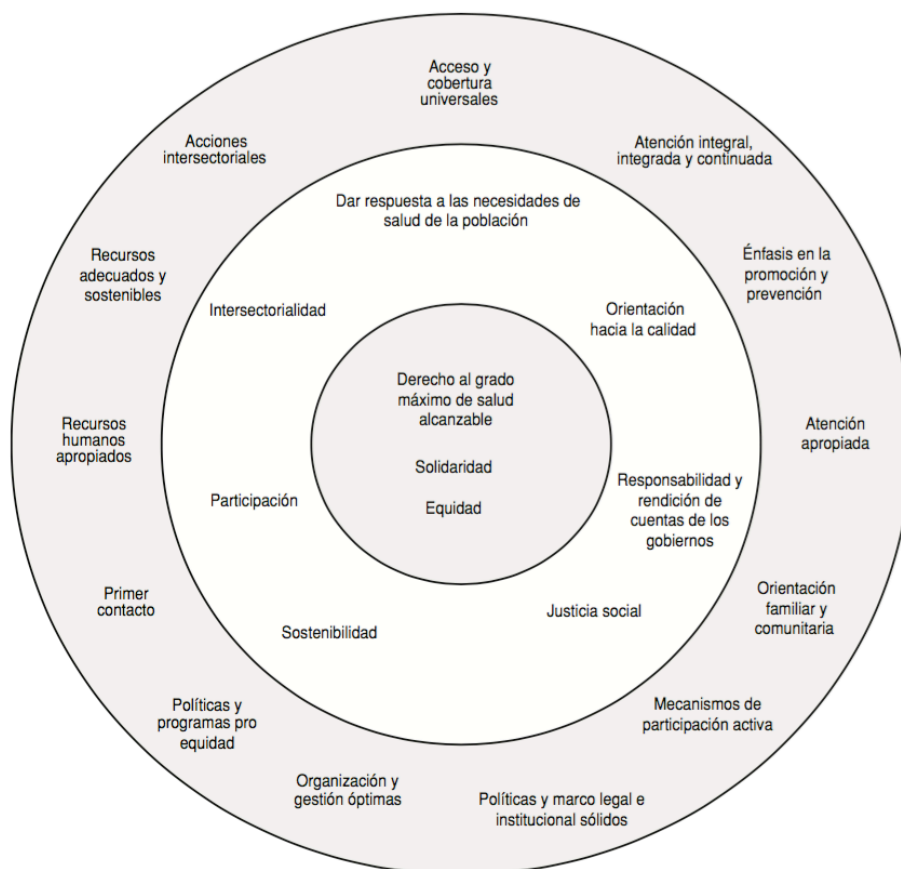
Un sistema de salud basado en el enfoque de APS debe cumplir con ciertos elementos. Macinko *et al.* (2007) lo define de la siguiente manera:

Es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad y se basa en los principios de la APS, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad. (p. 75)

De acuerdo con la bibliografía, estas características son la base para reorientar debidamente cualquier gestión de un sistema de salud. En la figura 1, la Organización

Panamericana de la Salud expone los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en atención primaria.

**Figura 1.** Elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS



Fuente: Macinko *et al.* (2007, p. 78).

La complejidad que implica brindar servicios que incluyan todos los elementos que promueven la salud del ser humano, requiere de una coordinación, negociación y alineación entre todos los sectores implicados, así como la participación activa de los actores, incluyendo al beneficiario.

En Puerto Rico, los estudiosos del tema coinciden en que no existe un sistema de salud articulado. Según el Consejo Multisectorial de Salud de Puerto Rico (2016, p. 47), para asegurar un mejor estado de la salud, inicialmente se requiere: centrar todo servicio

de salud en el paciente, realizar actividades de prevención, protección y promoción de la salud y adoptar el sentido de integralidad, y que la atención primaria en salud sea el elemento orientador de todo el sistema.

En esta investigación, se analiza la prestación de servicios de salud en el contexto de un sistema de mercado, privatizado e ineficiente, basado en una política pública que limita el acceso de los servicios. El Estado, mediante el Departamento de Salud, organismo rector, se mantiene en un rol de colaborador con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, una corporación pública con personalidad jurídica independiente, y es quien administra todo lo relacionado con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Desde este punto de partida, se evidencia la desarticulación del sistema y la prevalencia de un modelo de atención que se aleja de los elementos de una política basada en atención primaria de la salud.

En el marco de la integración de múltiples actores, se ha visto la introducción de los *cuasimercados* en los sistemas de salud. Lo anterior a raíz de las políticas liberales que cada vez más apuntan a sustituir el alcance de las metas sociales por las del mercado (Franco Giraldo, 2014).

## **2. Cuasimercados de la salud**

En los años ochenta, con el comienzo de las contrataciones de agentes privados para brindar algunos servicios indirectos en el área de la salud y la educación, se establecían los inicios de los cuasimercados dentro del Sistema de Bienestar Social (Le Grand, 1991). En los años noventa, cuando comenzaron las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe (y otros países del mundo), se llevó a cabo el desarrollo de acuerdos público-privados para los sistemas de atención directa en el campo de la salud. Esta es considerada la época de la llegada del fenómeno del mercado de la salud (Franco Giraldo, 2014; Le Grand, 1991; Salas, 2017).

En la literatura, se expone el concepto cuasimercado para denominar la relación oferta-demanda con unas propiedades particulares, que alejan dicha interacción del mercado conocido como “tradicional”. Según Salas (2017):

Lo particular de este modelo es que los servicios de bienestar social destinados a consumidores finales no se compran ni se venden en un mercado tradicional, donde los precios y las cantidades son determinadas por la acción de la oferta y la demanda. De hecho, a diferencia de un mercado tradicional, en el cuasi mercado participan, por el lado de la oferta, un agente (proveedor) que puede ser tanto una empresa municipal como un operador privado; y por el lado de la demanda, dos agentes: los individuos que demandan un servicio público (usuarios) y la autoridad pública (cliente) que contrata los servicios de bienestar mediante licitación pública. (p. 201)

Se trata de la sustitución de la exclusividad del Estado como ente proveedor de los servicios de salud, para que sean ofrecidos por entidades privadas, pero financiados con presupuesto público. Esto conforma los lineamientos del cuasimercado. Le Grand (1991, citado en Salas, 2017, p. 201) añade que dentro de esta relación se destaca el hecho de que los agentes económicos no necesariamente maximizan beneficios, ya que, al ser un servicio ampliamente financiado con presupuesto público, se pueden cubrir las ineficiencias del mercado. En cuanto a la demanda, al ser el Estado quien determina el presupuesto disponible para ofrecer los servicios, determina a su vez el número de proveedores que brindarán el servicio. Esto impacta al beneficiario, porque “la demanda del servicio no es en función del precio, si no de sus preferencias, de la calidad del servicio que ofrezca el proveedor y, naturalmente, de acuerdo a las existencias del bien requerido” (p. 202).

Varios autores coinciden en que, si los cuasimercados mantienen condiciones y características diferentes a las del mercado tradicional, deben ser evaluados de forma distinta. Bartlett y Le Grand (1993, citados en Salas, 2017, p. 202) presentan cuatro criterios para evaluar este tipo de mercado:

1. *Eficiencia*: El proveedor debe ofrecer servicios de bienestar de alta calidad y a bajo costo.
2. *Sensibilidad*: Referida a la capacidad y rapidez del cuasimercado en adaptarse a las necesidades y preferencias del usuario.
3. *Elección*: La libertad de elección es requisito indispensable para fomentar la competencia y, de esta manera, obtener mayor eficiencia.

4. *Equidad*: La libertad de elección será satisfactoria si las posibilidades de elegir son iguales para todos los usuarios.

De estos criterios, la libertad de elección y la igualdad son consideradas como dimensiones de alta importancia, ya que precisamente son las características que justifican el cuasimercado (Salas, 2017, p. 202). Por otra parte, existen ciertas exigencias para un funcionamiento satisfactorio de este tipo de mercado. Bartlett y Le Grand (1993, citados en Salas, 2017, p. 202) indican que se requiere: una estructura de mercado competitiva; información completa y precisa a fin de reducir el riesgo de información asimétrica; bajos costos de transacción y baja incertidumbre; interacción en la estructura de motivación de proveedores y usuarios; y ausencia de selección adversa, como por ejemplo, “descreme del mercado”, es decir, la necesidad de imponer leyes que impidan que una empresa solamente se haga cargo de los casos de menos costo.

Las evaluaciones de este tipo de mercado han concluido que no siempre coinciden las necesidades sociales, el presupuesto disponible y las exigencias de un funcionamiento adecuado del cuasimercado. Lowery (1998, citado en Salas, 2017, p. 203) muestra un análisis de las fallas del cuasimercado, en el cual anota que el marco institucional y el poder de los consumidores son componentes explicativos de importancia. Algunas de las fallas examinadas por estos autores se describen en el cuadro 4.

**Cuadro 4. Fallas en el funcionamiento de los cuasimercados**

Agente	Alcance	Expectativa en el funcionamiento	Falla en el funcionamiento
<b>Agente 1:</b> Operadores privados; puede ser con afán de lucro o sin afán de lucro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los operadores no venden servicios directos al beneficiario.</li> <li>En competencia abierta obtienen el derecho a suministrar servicios públicos durante un período determinado a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El cuasimercado supone que la competencia entre operadores conduce a una mejora en la calidad del servicio, debido a que el beneficiario tiene la posibilidad de cambiar de operador cuando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El operador, al ser un agente privado, busca maximizar sus ganancias.</li> <li>Bajo el cuasimercado no pueden aumentar los precios, porque en el contrato con el Agente 2 se estipula un precio fijo.</li> <li>Para mejorar su ganancia disminuye los costos de operación, lo que</li> </ul>



	una cantidad de beneficiarios previamente definida.	<p>entienda que no le satisfacen los servicios que está recibiendo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El operador debe mantener un servicio de buen nivel para mantenerse en el mercado.</li> </ul>	repercute negativamente en la calidad de la prestación del servicio.
<b>Agente 2:</b> Autoridad oficial (pública)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene la función de contratar servicios públicos mediante licitación pública, asume la responsabilidad financiera, administra y distribuye los servicios.</li> <li>• Asigna o autoriza el servicio a los usuarios.</li> <li>• Selecciona uno o varios operadores de acuerdo con las necesidades, tamaño poblacional, presupuesto y objetivos de implementación.</li> <li>• Es intermediario entre el operador y el usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La selección de los operadores debe responder a aspectos de calidad del servicio y de costos.</li> <li>• Debe ofrecer a los usuarios información completa respecto a las alternativas de elección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene restricciones presupuestarias y está obligado a maximizar el bienestar social.</li> <li>• No brinda la información, completa al usuario o esta no es accesible.</li> <li>• La libertad de elección es condicionada dentro de redes de operadores previamente seleccionados.</li> <li>• No maneja adecuadamente la fase operacional</li> <li>• Las relaciones entre actores vinculados generan tensiones.</li> </ul>
<b>Agente 3:</b> Usuarios de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe el servicio autorizado.</li> <li>• Selecciona un operador (entre las alternativas provistas por el agente 2).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está informado sobre la calidad, modo de trabajo y ventajas que le ofrece la alternativa seleccionada.</li> <li>• Se motiva a seleccionar al operador por la calidad de servicio comprobada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La libertad de elección exige una participación activa del usuario.</li> <li>• Ante la urgente necesidad de tener un servicio de salud, la toma de decisiones del usuario está permeada por la imposibilidad de postergar la selección. Esto hace que no necesariamente tenga el tiempo de revisar la información suficiente.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• En algunos grupos poblacionales existen barreras físicas y cognitivas que afectan la libre elección.</li> </ul>
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia. Basado en Salas (2017).

Se observa en el recuadro anterior que, desde este modelo, interactúan tres actores, cada uno con su interés particular, y que la satisfacción de alguno puede significar el perjuicio del interés del otro. En los cuasimercados de la salud, se evidencia una inclinación a la satisfacción de los intereses del operador (identificado como agente 1 en el cuadro 4).

Las condiciones de mercado presentadas dan cuenta de la existencia de fragmentación, multiplicidad de prestadores y aseguradores, así como múltiples organizaciones empleadoras públicas, privadas y mixtas, falta coordinación y unicidad del sistema de salud (Franco Giraldo, 2014, p. 102). Sojo (2003, p. 128) afirma que el mercado de aseguramiento en salud no siempre llega al equilibrio esperado en las transacciones ideales balanceadas por la oferta y la demanda; de hecho, revela que la realidad es otra. Establece que el sistema de precios no maneja adecuadamente algunos riesgos del mercado, por lo cual, se restringe tanto en cobertura como en su monto. Específicamente señala que “los límites en el aseguramiento privado de la salud acarrearán desprotección para gastos médicos elevados, precisamente aquellos contra los cuales resultaría muy atractivo asegurarse” (Arrow, 2000; citado en Sojo, 2003, p. 128).

Añade Sojo (2003) que, desde la perspectiva del valor social, la justicia y la equidad, la mirada al aseguramiento en salud dentro de la lógica del mercado tiene su singularidad. Se trata de que en este campo hay cosas que no tienen sustitución, como la pérdida de la buena salud o la vida. Por ello, señala que es importante el aseguramiento en salud, pero con objetivos claros de redistribución, instrumentos y mecanismos fiscales estables y el financiamiento público de los indigentes.

En el ámbito de la salud es importante tener en cuenta que las políticas de aseguramiento, los sistemas de salud desarrollados, las políticas preventivas en materia de salud y una cultura de la salud son todos factores que pueden impedir o prevenir una pérdida definitiva de la buena salud. De allí la importancia del aseguramiento –adecuado– que

puede permitir el acceso a servicios preventivos y curativos en el momento oportuno. (p. 129)

A continuación, se profundiza en el tema del ciclo de las políticas públicas que abarca las implicaciones de las políticas con participación del sector privado.

### 3. Políticas públicas

A partir de los años ochenta, se comenzaron a observar marcadamente cambios trascendentales en la forma de operar del Estado, como consecuencia de la evolución de la democracia occidental, la crisis económica latente y los procesos de la globalización (Subirats, 2008). En este marco, gran cantidad de funciones del Estado –visto como el poder político que se ejerce de forma concentrada, autónoma y soberana sobre un pueblo y un territorio a través de un conjunto de instituciones, un cuerpo de funcionarios y procesos reglamentados (Fleury, 2000, p. 3)– se afectaron y otras cambiaron.

Uno de los mayores cambios ha sido la incorporación de nuevos actores tanto públicos como privados, individuales y colectivos, que demandan mayor acción del Estado, más participación y mejores resultados. De hecho, tal actuación incluso ha difuminado considerablemente lo público y lo privado, al hacer que cada vez más la legitimidad del Estado se vea casi exclusivamente determinada por su capacidad de atender las demandas de los grupos sociales que aún quedan en su campo de actuación (Ruíz, 1997; Subirats, 2008).

Pero este campo de actuación disminuye cada vez más, en tanto y cuanto continúa ampliándose la participación del sector privado en la provisión de servicios sociales. Cunill (2012) afirma que –en los últimos 30 años– “se ha ampliado fuertemente la presencia del sector privado en actividades públicas, reforzándose en la práctica el rol que previamente se le concedió a través de la ola de privatizaciones” (p. 2). Añade que en la actualidad no se trata solo de las alianzas público-privadas, ni la utilización de *vouchers*,<sup>2</sup> si no que ha aumentado copiosamente la contratación externa privada con el fin de ofrecer

---

2. Subvención o especie de beca otorgada por el Estado mediante boletas que pueden utilizarse para recibir servicios exclusivamente en establecimientos privados (Cunill, 2012).

servicios que hasta épocas recientes eran responsabilidad exclusiva del Estado. Dos ejemplos de servicios sensibles a la ciudadanía y delegados tempranamente en América Latina son la salud y la educación (Cunill, 2012).

A gran alcance, no puede precisarse a qué tipo de entidad privada (ONG, OSFL, entidades mercantiles, empresa privada, corporaciones) se le ha delegado la mayoría de los servicios sociales, puesto que las investigaciones al respecto son limitadas y fragmentadas. Según Cunill (2012), particularmente en América Latina se ha evidenciado que la lógica del mercado es el enfoque que lidera el suministro de bienes y servicios que aún retiene el Estado. Es decir, el Estado mantiene un rol de pagador a las empresas privadas con fines de lucro, para que brinden servicios sociales.

En ese sentido, se reconoce que el Estado y sus instituciones son dinámicas y cambiantes. Sin embargo, con esto se evidencia que, aunque ha cambiado de rol, el Estado aún conserva el control de algunas funciones esenciales como la reducción de las desigualdades entre los ciudadanos y la implementación de un modelo sustentable de desarrollo social y económico (Fleury, 2000, p. 3). Esto último indica que el Estado mantiene la responsabilidad de formular políticas públicas que atiendan las desigualdades entre la población y que estas sean sustentables.

Las políticas públicas, de manera general, se consideran el resultado de un proceso de análisis y toma de decisiones sobre un área de competencia en el marco socioeconómico y político de un país. Sirven como retroalimentación a las demandas sociales del sistema político, pues tienen la capacidad de modificar el entorno social y, asimismo, impactar las necesidades surgidas (Pallavicini, Chamizo y Vargas, 2013, pp. 6-7). Para Subirats (2000), una política pública es “un conjunto de decisiones tomadas y de acciones emprendidas por una serie de actores, tanto públicos como privados, orientados hacia la acción de un problema público claramente delimitado” (p. 13). Estas decisiones deben ser objeto de evaluaciones para establecer la eficiencia, eficacia y total cumplimiento de estas, así como estar sujetas a cambios y reformas.

De acuerdo con Pallavicini, Chamizo y Vargas (2013, pp. 8-9), las políticas públicas no deben confundirse con cualquier planteamiento o acción del Gobierno, ni tampoco

entenderse como esfuerzos aislados. Antes bien, una política pública debe contener mínimamente los siguientes elementos:

- Una política pública se trata de acciones que involucran a una diversidad más o menos amplia de actores, públicos y privados.
- Dichas acciones son orientadas por objetivos y metas, con el propósito de resolver un problema público.
- La movilización de recursos apunta hacia la solución de un problema social o colectivo. Entre los recursos que se deben movilizar se encuentran: recursos legales, económicos, organizativos y cognitivo; es decir, contar con la información y los conocimientos necesarios para elegir aquella alternativa de solución que proyecte ser la mejor.
- Las políticas públicas se basan en reglas, sean estas más abstractas como leyes o decretos, como las más concretas y operativas relacionadas con decisiones administrativas, las normas técnicas para regular un servicio público, autorizaciones, entre otras.

Las políticas públicas también se clasifican por el problema a resolver, el tipo de servicio por cubrir y la temporalidad o el nivel de coordinación que requieran (Pallavicini, Chamizo y Vargas, 2013). El cuadro 5 muestra una caracterización de las diversas formas de clasificación de las políticas públicas.

**Cuadro 5. Clasificación de una política pública**

Clasificaciones de una política pública	
<b>Problema público por resolver:</b> Clasificación relacionada a los impactos de costos y beneficios que los grupos de interés esperan de una política determinada (Lowi, 1964; citado en Aguilar, 2000).	<b>Política distributiva:</b> Se caracteriza por cuestiones no rivales, susceptibles de ser tratadas con recursos públicos siempre divisibles. Puede generar conflictos en el momento en que cada grupo busca un determinado beneficio y tienen que competir con otros que también buscan una respuesta del Estado.
	<b>Política regulatoria:</b> Arena de conflicto y negociación entre grupos de poder, de intereses exclusivos y contrapuestos, por lo tanto, la eventual solución no puede favorecer de igual manera a las partes involucradas.

	<b>Política redistributiva:</b> Suele ser la arena más tensa y frontalmente conflictiva. Las transacciones pueden ser casi imposibles o con resultados insignificantes, ya que el resultado suele afectar un gran sector de la población en puntos cruciales. Se presentan conflictos ideológicos al momento de distribuir las riquezas entre quienes más tienen y quienes menos tienen.
<b>Tipo de servicio a cubrir:</b> Clasificación relacionada al alcance y requisitos para beneficiarse de una política.	<b>Políticas universales:</b> Aquellas que deben garantizar el acceso a la prestación de servicios sin otro requisito más que la ciudadanía.
	<b>Políticas focalizadas:</b> Aquellas cuyos servicios están dirigidos a un grupo específico de la población que comparte una característica determinada.
<b>Temporalidad:</b> Tiempo de duración de la política.	<b>Políticas de Estado:</b> Aquellas cuyas acciones trascienden el período de una administración de gobierno.
	<b>Políticas de Gobierno:</b> Obedecen a un plan de gobierno y a la ideología del partido de turno. Suelen permanecer por el período en que fueron electos.
<b>Nivel de coordinación requerido:</b> Determina la necesidad de integración o involucramiento de actores.	<b>Políticas sectoriales:</b> Responden a los problemas que les corresponde resolver a cada uno de los sectores en que se organiza la administración pública.
	<b>Políticas intersectoriales:</b> Aquellas que buscan brindar soluciones integrales a problemas complejos, usualmente problemas sociales que requieren acciones colectivas.
	<b>Políticas regionales:</b> Conjunto de acciones que intentan resolver problemas en un determinado marco espacial.

Fuente: Elaboración propia. Basado en Aguilar (2000 pp. 32-35); Pallavicini, Chamizo y Vargas (2013, pp. 12-15).

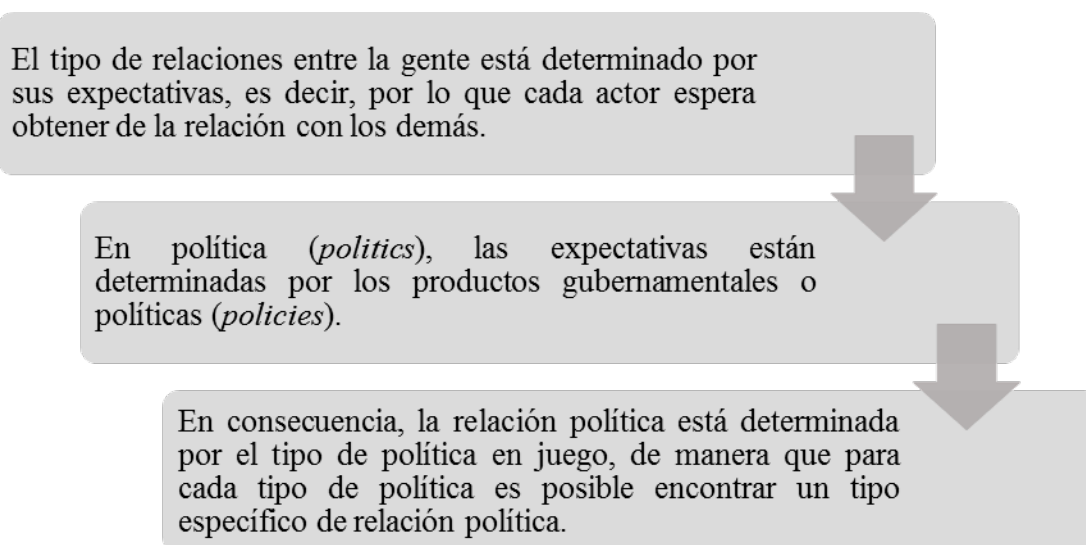
El abordaje de las políticas públicas, naturalmente es complejo. Esta complejidad está vinculada al propio objeto de su creación, es decir los problemas públicos. Pero, también tiene su vinculación con las relaciones estrictamente políticas de los actores involucrados (Aguilar, 2000). Pallavicini, Chamizo y Vargas (2013) exponen la existencia de dos tipos de actores de la política pública: públicos y privados.

Por un lado, se consideran actores públicos quienes están investidos de poder de acuerdo con su posición para participar en el proceso de formulación y gestión de una política pública. Estos actores son los que se exponen en seguida: gobernadores, senadores, representantes, secretarios de las agencias, funcionarios públicos, alcaldes y juntas de gobierno, entre otros actores con funciones públicas asignadas. Por otro lado, los actores privados hacen referencia a aquellos grupos de interés como sindicatos, empresa

privada, partidos políticos, organizaciones comunitarias, organizaciones académicas, medios de comunicación, ciudadanos individuales y otros similares (Pallavicini, Chamizo y Vargas, 2013, pp. 14-15).

La mirada a las relaciones entre los actores públicos y privados, desde el análisis de las políticas públicas, requiere que se expongan dos conceptos importantes: poder e interés. Según Aguilar (2000, p. 31), la política real, en tanto lucha por el poder en función de intereses y ventajas, se expresa y efectúa en el proceso de elaboración de las políticas. Añade el autor que una política plasma la confrontación y el desenlace de juegos de poder, ajuste de cuentas y correlaciones de fuerza. En la arena del poder, existe un esquema que anticipa los patrones de las relaciones entre actores. Lowi (2000, p. 90) se basa en el siguiente argumento, el cual se evidencia en la figura 2.

**Figura 2.** Arenas de poder: un esquema interpretativo



Fuente: Elaboración propia. Basado en Lowi (2000, pp. 98-99).

Cunill (2012, p. 5) agrega que en este análisis las reglas de juego instituidas comparten dos premisas básicas relacionadas a los actores: el poder y sus intereses. Además apunta hacia los tres enfoques clásicos que las representan: la elección racional (*public choice*), la teoría de la agencia y la nueva economía institucional (NEI). La premisa (1) es que todos

son seres racionales que, en tanto tales, optan siempre por la mejor alternativa, de acuerdo con la información disponible y (2) el ser humano siempre persigue el beneficio individual que, llevado al extremo, puede conducir al oportunismo.

Se debe considerar que dentro del ciclo de las políticas públicas se forman y transforman diversas estructuras de poder, generadas por las correlaciones de fuerzas que se dan entre los actores involucrados. Cada etapa de la política tiene su grupo de actores, se enfrenta a restricciones, decisiones y resultados propios, los cuales influyen cada etapa siguiente (Pallavicini, Chamizo y Vargas, 2013). De acuerdo con Subirats (2008, p. 44), el ciclo de las políticas públicas consta de las siguientes fases:

- El *surgimiento y percepción de los problemas* trata de cuando una determinada situación produce una necesidad colectiva, una carencia o una insatisfacción identificable directamente o a través de elementos que exteriorizan esa situación y ante la cual se busca una solución.
- La *incorporación a la agenda política* corresponde a que se tome en cuenta, por parte de los actores decisivos del sistema político administrativo, ese problema de entre las múltiples demandas provenientes de grupos sociales, incluso de los propios servicios públicos.
- La *formulación de la política* supone una definición del modelo causal por parte de los actores públicos, definición en la que los actores sociales tratan de influenciar en mayor o menor medida la política.
- La *formulación del programa de actuación político administrativo* trata de la selección de los objetivos, instrumentos y procesos que deberán ponerse en práctica para resolver el problema en cuestión. También se considera la existencia de mecanismos de filtro y ajuste.
- La *implementación* consiste en una adaptación del programa de la política a las situaciones concretas a las que deberá enfrentarse (producción de *outputs*). Esta es

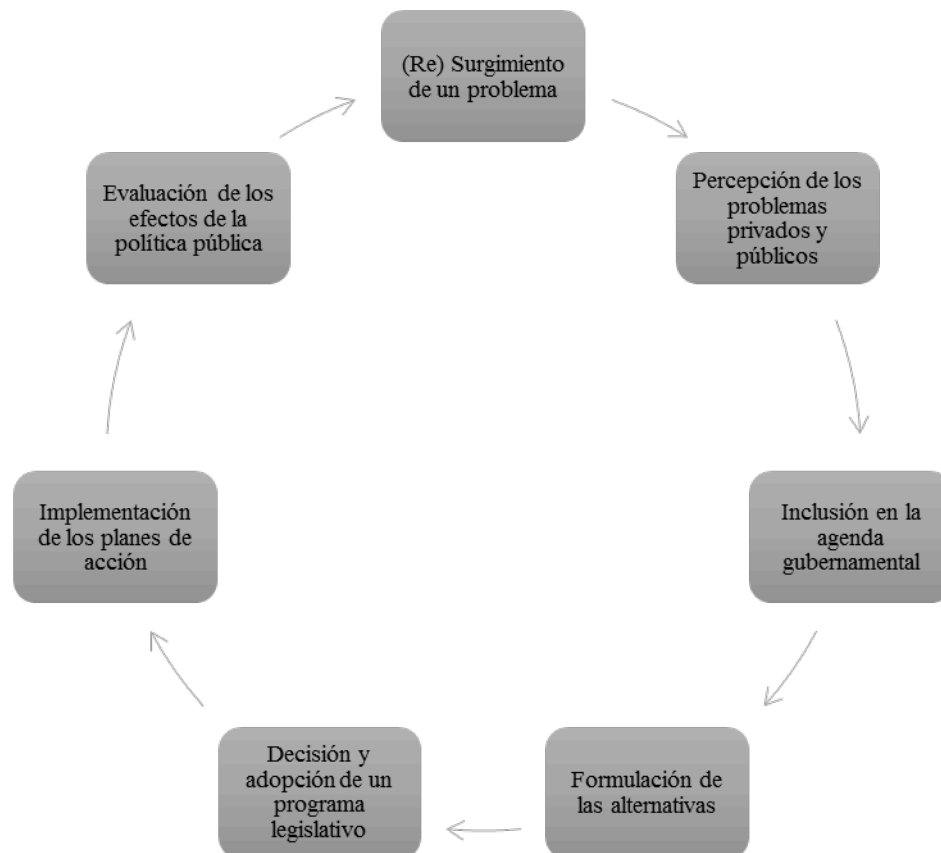


una fase generalmente de alta complejidad. Además, se observarán diversos mecanismos de filtro (no-ejecución, la aplicación selectiva de medidas, etc.).

- La fase de *evaluación* pretende determinar los resultados y los efectos de dicha política en los cambios de conducta de los grupos-objetivos y en el grado de resolución del problema (lo cual tampoco está exento de filtros o posibles sesgos).

A continuación, se representan las fases descritas de manera cíclica (figura 3), tal como propone Subirats (2008), cuando señala que no se trata de un esquema rígido, ni lineal, sino que se trata de procesos dinámicos que se nutren entre sí, así como etapas que se preceden y se interrelacionan.

**Figura 3.** Ciclo de una política pública



Fuente: Elaboración propia. Basado en Subirats (2008, p. 42).

De acuerdo con Subirats (2008, p. 45), la concepción analítica que permite el ciclo de las políticas públicas se valida con dos ventajas importantes: (1) la posibilidad de la retroalimentación a lo largo de todo el proceso y (2) la posibilidad de identificar, en cada una de las etapas, los retos y los actores implicados, reduciendo así la complejidad de los métodos de análisis. Lo anterior hace viable la realización de un análisis de la composición de los actores (públicos-privados, centrales-locales) y examinar su variación a lo largo de todo el ciclo (aparición y desaparición de actores en cada una de estas secuencias).

Este tipo de análisis cobra notoriedad en el contexto del Estado moderno. Cunill (2012) plantea que ha ocurrido un debilitamiento del servicio público y los actores privados cada vez más son los protagonistas principales en la implementación de algunas políticas sociales. Lo expuesto significa que el Estado, como actor, ha perdido poder, y ello impacta una de las premisas básicas de la existencia del Estado: servir a los intereses públicos.

Esto último es particularmente significativo para esta investigación, ya que se pretende establecer la incidencia de los actores en la toma de decisiones y las implicaciones para la prestación de servicios de salud en Puerto Rico, luego de la reforma del sector salud. Se parte de la premisa de una pérdida de poder del Estado moderno y la transferencia del cuidado de la salud a actores privados, alejándose de la garantía del acceso a una política enfocada en el derecho a la salud, lo cual afirma una prestación de servicios atada a la economía del mercado.

#### **4. Enfoque de derechos de las políticas**

Cuando se trata de un problema social presente que demanda políticas desde el Estado en un trabajo conjunto con los actores vinculados, se reconoce que están supeditados a un contexto histórico, socio-político, económico y cultural. Un ejemplo lo constituyen las

políticas surgidas desde la conformación del Estado de Bienestar Social a raíz del cambio en la administración pública por la implementación del modelo keinesiano.<sup>3</sup>

Ruíz (2003) menciona que las políticas públicas surgidas a partir de la conformación del Sistema de Bienestar Social,<sup>4</sup> “están dirigidas, dentro del estado moderno, a asegurar la prosperidad económica y la estabilidad social, más específicamente mantener unos estándares de salud, educación, vivienda y seguridad” (p. 246). Por su parte, Sartriano (2006) responde que si bien estas nuevas políticas públicas conformadas en políticas sociales proveyeron asistencia a los ciudadanos con mayores necesidades, la sobrecarga al sistema y la focalización del estado casi únicamente a atender la crisis económica, dejando a un lado el paradigma del “bien común”, provocaron que el modelo fuera desintegrándose. Esta autora resalta que las políticas sociales dentro del modelo neoliberal resultaron con las siguientes características (p. 64):

- Una marcada tendencia hacia la privatización que pone en desventaja la estructura incompetente del Estado.
- La desigualdad de la condición ciudadana que restringe el concepto de universalidad de los servicios básicos como la educación, la salud, etc.
- Intervenciones focalizadas en las necesidades coyunturales y selectivas a pequeños grupos de población.

---

3. Modelo que surge a raíz del fracaso de la teoría del liberalismo económico y en el surgimiento de nuevos debates sobre capitalismo y Estado, nueva forma de estado capitalista. Se promueve una intervención limitada del Estado, apoyo al libre mercado y una rearticulación Estado-Sociedad Civil desde la consolidación de la producción económica y el bienestar social (Pratss, 2009).

4. Satisfacción relativamente plena de unas necesidades básicas sociales, como producto de la cooperación social de los individuos y grupos sociales y de la autoridad pública, perteneciente a un sistema mayor considerado como el medio o instrumento por el cual se trata de particularizar y especificar a cada individuo y grupos sociales un grado mayor de vivencia de ese ideal o meta que se persigue para todos y que llamamos bienestar social (Ferrari, 1974). Concepto que se toma en su intensificación, luego de la Gran Depresión, pasada la Segunda Guerra Mundial, y desde las acciones que se originaron en el Gobierno de los Estados Unidos, las cual desembocaron en políticas sociales enfocadas a atender los reclamos de derechos de la clase obrera y la clase pobre (Ruiz, 2003).

En otras palabras, estas políticas sociales resultaron ser de alto costo económico y amplias fallas en su implementación, lo cual causó mayor desigualdad, aumento en la fragmentación social y, por ende, acceso restringido a los servicios básicos considerados dentro de lo ya definido como “bienestar social” (Ruíz, 2003; Satriano, 2006). Lo descrito contrasta con la noción de políticas públicas y sociales con enfoques de derechos humanos. Según Cunill (2010), hablar de políticas con base en los derechos humanos ha tomado auge durante las últimas dos décadas. Esto responde al resultado observado a partir de las transformaciones neoliberales en la década de los setenta. En cuyo caso, como se mencionó, las políticas universales fueron sustituidas por políticas focalizadas, con su evidente fracaso, particularmente en políticas de educación y salud (Cunill, 2010, p. 1). A esto le añade la autora la globalización, las políticas neoliberales y su impacto en las deudas del Estado.

Pallavicini, Chamizo y Vargas (2013) definen la política pública con enfoque de derechos humanos como “aquella que toma como marco de referencia (conceptual) los principios y estándares internacionales de Derechos Humanos para orientar la formulación, implementación y evaluación de las políticas” (p. 17). Esto supone que el marco normativo de las políticas debe estar constituido con elementos de protección social y participación de los beneficiarios.

Cuando se habla de estándares internacionales, en el caso de la política de salud, se hace referencia a pactos, declaraciones o acuerdos entre naciones, estados y países que proponen contenidos que protegen la salud del ser humano en su definición más amplia, y consideran los contextos sociales, culturales, políticos, económicos y ambientales. A continuación, se distinguen tres pactos internacionales importantes para las políticas de salud.

La Organización de las Naciones Unidas, en el artículo 25 (1 y 2) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 1948, establece lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

En tanto, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976 de las Naciones Unidas, en el artículo 12, expresa que:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2017), expone que:

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

Si bien se observa una diversidad de criterios internacionales para el establecimiento de una política pública de salud con base en los derechos humanos, expertos en el tema añaden que implica un cambio radical. Se trata de una reorientación que debe iniciar con el impacto profundo en las condiciones estructurales que perpetúan las desigualdades sociales.

De manera paralela, integrar los derechos humanos en las políticas también supone el cumplimiento de unos elementos clave. Cunill (2010, pp. 2-3) anota que establecer una política con derechos humanos apela, mínimamente, a la exigibilidad de determinados servicios o prestaciones, a la integralidad en su diseño y suministro, a la universalidad de la provisión para toda la población, a la participación social y a la progresividad.

En el caso de Puerto Rico, en el discurso público de los distintos partidos políticos, legisladores y actores vinculados al sistema de salud, reconocen que la salud es un derecho humano. El Dr. Pedro Rosselló, exgobernador y gestor de la reforma de salud, destaca que: “La Reforma se fundamentó en la salud como derecho humano, irrespectivo de edad, sexo, ingreso, raza o etnia, estatus de trabajo, o cualquier otro factor” (2009, p. 79). También, el Informe del Consejo Multisectorial (2016) menciona que la Ley 235-2015, en su artículo 2, dispone que: “La salud es un derecho humano y se reconoce como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que la salud es un asunto de naturaleza, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro” (p. 43).

Sin embargo, las investigaciones y los análisis expuestos sobre el marco normativo de la política vigente no cumplen con los criterios básicos de una política con enfoques de derechos humanos. Cunill (2010) enfatiza en la importancia de que las instituciones que implementen políticas basadas en derechos humanos tienen que asumir explícitamente los criterios básicos acotados de manera integral. Para evitar, “el peligro anotado en términos de quienes utilizan el concepto de enfoque de derechos en forma parcializada, vaciándolo de significado, promueven nuevas formas de institucionalidad que nada tienen que ver con la garantía de los derechos” (Abramovich y Pautassi, 2006; citados en Cunill, 2010, p. 3). En la misma línea, Rivera (2018) señala que:

La política de la Reforma ha tenido un impacto directo en el sistema de salud público del país y en la salud de la población. El sector de la población cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico ha vivido la desarticulación de los servicios de salud y el enriquecimiento de las farmacéuticas y compañías aseguradoras que han insertado sus agendas de lucro en el terreno del derecho a la salud. (p. 44)

Esta misma autora añade que, en Puerto Rico, no solo basta la voluntad política estatal para vislumbrar la aplicación del enfoque de derechos a la política de salud, sino que se requiere la incursión de los Estados Unidos en este tipo de política. Esto se debe a la relación colonial de Puerto Rico con Estados Unidos, que sobrepone las políticas federales a las estatales.<sup>5</sup>

---

5. Ver Capítulo I para detalles del contexto.

Así las cosas, Puerto Rico, como país colonial, no controla su política exterior. Esto impacta la toma de decisiones, por ejemplo, en torno a las expresiones ante declaraciones internacionales, ya que Puerto Rico no puede firmar ni ratificar convenios o tratados. En algunos organismos internacionales, este país tiene derecho a presencia y voz, pero eso no se traduce en endosos oficiales de las declaraciones internacionales.

Esta situación política también valida la inexistencia de una política con enfoque de derechos humanos, ya que Estados Unidos no tiene un sistema de salud universal y no cuenta con los elementos básicos asociados. Por el contrario, para los años cincuenta, se canceló esa posibilidad para Puerto Rico. La bibliografía revisada alude a que una vez redactado el documento de la Constitución del país –por puertorriqueños–, esta fue condicionada a la evaluación por parte de los Estados Unidos. En dicha evaluación, se solicitó la eliminación de la sección 20 del artículo 2, que incluía el derecho a la salud junto a otros derechos sociales (Pérez, 2012; Rivera, 2018). La solicitud de Estados Unidos fue expresa en cuanto a la eliminación de dicha sección, como requisito para la aprobación final de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Se debe destacar que, para ese momento, la Declaración Universal de los Derechos Humanos estaba establecida y los redactores de la Constitución de Puerto Rico incluyeron tal derecho en consonancia con el artículo 25.

Recientemente, se ha observado la diversidad de informes sobre el sistema de salud de Puerto Rico que reconocen la necesidad de un cambio sustancial con una nueva política basada en los derechos humanos. El Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico (2016) indica que si bien existe el reconocimiento a que la salud es un derecho humano, no están establecidas las implicaciones concretas y específicas de tal aseveración (p. 43). Dicho consejo establece que se necesitan criterios de gobernanza como participación y rendición de cuentas, y enumera las siguientes condiciones como necesarias para garantizar el más alto nivel posible de salud (p. 43):

- Disponibilidad de servicios de salud: Existencia de un número suficiente de facilidades para prestar servicios.

- Accesibilidad de servicios de salud: La eliminación de barreras geográficas, económicas y de falta de información para recibir un servicio; así como la eliminación de cualquier tipo de discriminación.
- Aceptabilidad: El respeto de los principios de la ética médica y el respeto a la diversidad cultural y de género en la población.
- Calidad: La provisión de servicios sin dilaciones innecesarias y que observen los estrictos criterios clínicos.

Ante los resultados de las políticas focalizadas, que en su mayoría han ampliado la brecha de la desigualdad, encarecido los costos de los servicios sociales y han enajenado a la ciudadanía, al no permitir la participación en los procesos de consulta y toma de decisiones en las políticas vinculadas, se necesita reorientar el análisis de las políticas públicas. La introducción del concepto de políticas con enfoques de derechos humanos, “procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de las políticas públicas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos de derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas” (Abramovich, 2006, citado en Pallavicini, Chamizo y Vargas, 2013, p. 17). En palabras de Cunill (2010), se trata de retomar las obligaciones del Estado para el cumplimiento efectivo de los derechos asociados a la existencia de una ciudadanía social, en términos de acceso a activos, ingresos y, muy especialmente, de servicios. Se trata de “repensar las políticas públicas en general y las políticas sociales en particular” (p. 1).

## **5. Política pública del sector salud**

En el caso del campo de la salud, la literatura confirma que las reformas sanitarias relativamente recientes en América Latina y países como Estados Unidos, se dieron dentro del marco de políticas sociales descrito, marcando una amplia brecha en la consideración de los derechos humanos y, en muchos casos, confirmando el resultado negativo que han tenido en su implementación. Almeida (2005) dice que “si bien el discurso del principio orientador de las reformas en los sistemas de servicios de salud se



basó en la superación de las desigualdades y alcance de la equidad, las evidencias disponibles no confirman ese resultado” (p. 7).

Antes de explicar los momentos de las reformas, se debe precisar conceptualmente la noción de política de salud, dentro de la cual se desarrollan políticas sectoriales como las leyes aplicadas a las reformas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su “Informe sobre la salud en el mundo” (2008, p. 66), una política pública eficaz para la salud debe comprender lo siguiente:

- Políticas sistémicas: Disposiciones que es preciso adoptar en los elementos constitutivos de los sistemas de salud para apoyar la cobertura universal y la prestación eficaz de servicios.
- Políticas de salud pública: Intervenciones específicas necesarias para enfrentar los problemas sanitarios con políticas de prevención y promoción de la salud.
- Políticas en otros sectores: Contribuciones a la salud desde la colaboración intersectorial.

De forma contraria, las reformas de los sistemas de salud a nivel mundial no se dieron como parte de una política pública amplia e incluyente como sugiere la OMS. Los cambios en el sector salud “resaltaban el rol de los mercados, el crecimiento de la competencia y mayor importancia del sector privado” (De Vos y Van der Stuyft, 2013, p. 290).

En consonancia, Hernández (2005) expone que las políticas de salud han sido enmarcadas sociopolíticamente dentro del entramado de políticas públicas, considerando al Estado como arena política y actor a su vez. Además, propone que se observe:

La configuración de estos sistemas como una resultante de las relaciones entre los actores del campo de la salud y el Estado, en el seno de las diferentes fuentes de poder social (...) en las cuales hay predominios o hegemonías, ganadores y perdedores, beneficiados y excluidos sistemáticos (p. 181).

Es decir, que el enfoque de las reformas, más allá de contemplar el principio social de generar una alternativa para que toda la población tenga acceso a servicios de salud de

calidad, quedó en el entramado de la consideración financiera, avalando los cambios para que la prestación de los servicios permaneciera exclusivamente como competencia del sector privado. El Estado, en tanto, mantuvo el rol de ser financiador.

Al generar este campo de interacción entre actores públicos y privados de la salud, el Estado tuvo la intención de avanzar en materia de prestación y alcance de más y mejores servicios de salud, sobre todo para los grupos o poblaciones más necesitadas. A continuación, se precisan ambos conceptos, con el fin de comprender lo que abarca la prestación de servicios accesibles y de calidad para cualquier población.

El acceso a los servicios de salud tiene numerosas definiciones. Sin embargo, se han seleccionado las siguientes dos vertientes: la primera, está vinculada a la “capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica” (Frenk, 1985, citado en Restrepo Zea, 2014). En tanto, desde la visión de Andersen (1995), puede verse como “la capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”. Pese a que puede ser tangible cierta relatividad cuando se habla de acceso a los servicios de salud, hay características intrínsecas para una definición: búsqueda y disponibilidad, recursos, contexto, facilidades, consideraciones geográficas, consideraciones económicas y continuidad de servicios.

Es tan preocupante el acceso como la “satisfacción” del servicio una vez se logra acceder, es decir la calidad. Este es otro concepto complejo de definir porque supone la subjetividad y percepción de quien recibe el servicio. En ese sentido, la literatura coincide en que la calidad abarca dos dimensiones: la macro y la micro. Velandia, Ardón y Jara (2007) exponen que la dimensión macro:

Se trata de que en un servicio de salud predominen los estándares de calidad explícitos o implícitos con base en los valores sociales y paradigmas internacionalmente aceptados. En tanto indican que la dimensión micro se trata de los estándares de calidad apoyados en la percepción, sensación, vivencia y satisfacción del individuo, en el cual se espera que los servicios contemplen una atención accesible, oportuna, rápida, limpia, segura, eficaz, respetuosa de los derechos y la dignidad del paciente. (p. 143)

El hecho de que las reformas cumplan su objetivo de prestar servicios de salud accesibles y de calidad a la población es un reto. Las evaluaciones recientes hechas tanto en países industrializados como en vías de desarrollo, de manera general, concluyen que cada vez

más son mayores las necesidades de servicios de salud y mayores también las ganancias para las entidades privadas que prestan los servicios (OMS, 2017; Rivera, 2018). Con respecto al acceso a servicios, las investigaciones internacionales concluyen que existe una serie de barreras recurrentes que suelen afectar en mayor medida a la población con niveles económicos más bajos, en donde el costo de los medicamentos, consultas médicas y exámenes son los más mencionados (Restrepo Zea, Silvia Maya y Andrade Rivas, 2014). En otras palabras, el resultado del modelo de reforma privatizando el sector salud responde a lo siguiente:

A las necesidades de los mercados de la industria médica, asegurando sus ganancias primero antes que las necesidades de la salud de la población asegurada. Estas políticas generadas bajo el modelo del neoliberalismo han impulsado una gran contradicción entre las necesidades de salud y las ganancias privadas. (De Vos y Van der Stuyft, 2013, pp. 290-294)

Las tendencias de la macroeconomía, definitivamente, mantienen presiones amplias para que cada vez más se libere el mercado y se privaticen más servicios. Entonces, si se parte de la imperfección del mercado, “el problema que se presenta consiste en identificar las instituciones específicas que podrían inducir a los actores individuales –sean ellos agentes, políticos o burócratas– a comportarse de manera que beneficie la colectividad” (Prezworsky, 1998; citado en Fleury, 2000, p. 7).

Por lo tanto, para estudiar las instituciones desde las cuales se conforma la reforma del sistema de salud, se consideró el enfoque neoinstitucional con la vertiente del institucionalismo racional. Se trata de la observación de las instituciones en las interrelaciones con actores y recursos, tomando en consideración las estructuras que influyen y su comportamiento. Como enfoque secundario, se utiliza la teoría de la agencia, la cual permite analizar las relaciones y funciones del principal y el agente en el aspecto contractual. Los supuestos y conceptos son idóneos para explicar la disposición transaccional que establece el principal y el agente en relación con los servicios de salud, el acceso y la calidad.

Es preciso establecer que existen múltiples teorías y enfoques que se han utilizado en el estudio de los sistemas de salud y de las instituciones públicas en general. De acuerdo con Ayala (1999, p. 58), desde la teoría de las instituciones existe la vertiente histórica

que enfoca su análisis en el cambio institucional, la concepción evolucionista que alude a la selección natural y los enfoques neoclásicos y contractualistas que responden a la consideración del mercado y la negociación colectiva, respectivamente.

Aunque se reconocen estas y otras vertientes de análisis posibles, se reafirma la pertinencia de partir de un análisis neoinstitucional porque en esta investigación interesa dar mayor relevancia a los supuestos teóricos que reconocen la imperfección del mercado, la asimetría de la información, la importancia de los costos de transacción y la garantía de que la asignación de recursos responde a los mecanismos de coordinación institucionales (Ayala, 1999). Además, interesa un análisis que integra el comportamiento de los actores, vistos como agentes que discrepan entre las elecciones individuales y el bienestar colectivo.

En adelante, se explican las principales corrientes del neoinstitucionalismo y los supuestos centrales de la teoría de la agencia, así como el alcance y pertinencia para esta investigación.

## **6. Enfoque neoinstitucional**

### **6.1 Instituciones y cambio institucional**

Las instituciones “son las reglas de juego ideadas en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana” (North, 1993, p. 13). Tal y como menciona el autor citado, las instituciones son la estructura básica y estable que existe en la sociedad. Esta estructura se contextualiza política, social, económica y culturalmente, influyendo en los actores sociales, los cuales son vistos como sujetos que actúan en complejas ramas institucionales, en una arena política específica, de acuerdo con sus intereses.

Según Sánchez (2005), uno de los factores más importantes por considerar, en relación con la influencia de los actores, son las características institucionales que desarrollan los organismos u organizaciones. Las organizaciones, desde algunas perspectivas, son observadas como sinónimo de instituciones. En cambio, para estos efectos, se definirán los organismos como “grupos de individuos enlazados por alguna

identidad común hacia ciertos objetivos (cuerpos políticos, cuerpos sociales y órganos educativos)” (North, 1993, p. 15). Se debe establecer que los organismos proporcionan también una estructura a la interacción humana, lo cual influye en la forma en que evoluciona el marco institucional (Goodin, 2003; North, 1993).

En esta línea, se argumenta que si bien es cierto, las instituciones, como marco social, estructuran y estabilizan las interacciones sociales, estas cambian y evolucionan con el tiempo. North (1993) menciona que el cambio institucional es complicado y generalmente incremental, pese a que reconoce que puede ocurrir un cambio discontinuo. Empero, aunque cambien las normas abruptamente, no necesariamente cambia la institucionalidad de igual manera; existen reglas informales, costumbres, tradiciones y legados que también son parte del marco existente y se tornan resistentes y hasta impenetrables (p. 17).

En este aspecto, Goodin (2003, p. 41) habla de fuerzas que pueden impulsar estos cambios. En términos generales, menciona que estas transformaciones pueden darse a través de tres modelos. Primero, la transformación por accidente se refiere a cosas que suceden, que no involucran necesariamente lo natural o social. En segundo lugar, se trata del cambio por evolución, en el cual se establece que son aquellas concepciones que mejor logran adaptarse a lo largo del tiempo y, por ende, prevalecen. El tercer modelo de transformación se describe como la intervención intencional, es decir, un cambio como efecto de una intervención deliberada por parte de agentes dotados de intención en búsqueda de un objetivo.

Desde la perspectiva de instituciones y el conflicto social, el cambio institucional se observa a través de cuatro mecanismos conceptualizados desde la interacción entre actores con el fin de obtener beneficios colectivos. Knigh (1992, pp. 4-7), basado en autores como Hume, Smith, Spencer y Locke, prevé que el cambio institucional puede darse a través del mecanismo de contrato, por medio de la generación espontánea, por el intercambio coordinado del mercado o por selección social. Este autor indica que dichos mecanismos están presentes en la discusión contemporánea y ofrecen marcos de abordaje para dar respuestas sobre el desarrollo institucional.

Según Peters (2003), este nuevo institucionalismo como rasgo central mantiene sus raíces en el análisis y el diseño de las instituciones. La base teórica normativa de este enfoque contemporáneo asigna especial importancia a las normas, valores, estructuras, organizaciones e individuos y sus interacciones, comportamiento y vinculaciones entre sí. Esta es una teoría que:

Explica la estabilidad en los procesos sociales, a partir del conocimiento de las reglas y de su contexto organizacional; y también deriva del hecho de que no considera a los agentes como personas autónomas e independientes, pues siempre están sujetos a una serie de transacciones en las que se manifiestan relaciones de poder, no por atributo solamente sino por elementos de transacción. (Crozier y Friedber, 1990).

Lo expuesto ofrece el marco conceptual desde el que se aproxima este estudio. Se trata del neoinstitucionalismo como enfoque contemporáneo, que permite explicar las transacciones en cuanto al desarrollo institucional de la política estudiada. En el siguiente apartado, se habla de tres corrientes neoinstitucionales consideradas principales en el estudio de la ciencia política y que establecen elementos de análisis de interés para esta investigación.

## **6.2 Principales corrientes del neoinstitucionalismo**

Existen diversas corrientes desde las cuales puede observarse el enfoque neoinstitucional. Autores como Goodin (2003), Hall y Taylor (1994) y Peters (2003) establecen alrededor de cinco distinciones a partir de las cuales puede precisarse el análisis neoinstitucional. No obstante, se distinguen tres corrientes en común muy utilizadas para el análisis en la ciencia política: institucionalismo histórico, institucionalismo sociológico e institucionalismo racional. Se describirá brevemente cada uno, puntualizando en los postulados que se abordarán para este estudio. Se presta mayor interés al institucionalismo racional, puesto que se relaciona más con el análisis que enmarca esta investigación.

## **6.3 Institucionalismo histórico**

El institucionalismo histórico es descrito como la dependencia de rumbo que es seguida en una institución. En otras palabras, se trata de cómo el pasado institucional incide en las decisiones del presente. De acuerdo con Peters (2003, p. 106), la formación institucional o

su diseño no juegan un papel central, más bien lo que importa es lo que persiste una vez creadas las instituciones. Asimismo, el cambio institucional es visto como un elemento poco fundamental frente a la creencia de que las instituciones y las decisiones que se toman al iniciarse la estructura tienden a ser duraderas.

En cuanto a los actores en el proceso, se asume que al tomar la decisión de participar en una institución, se están aceptando las implicaciones preexistentes y futuras. Este modelo no necesariamente evalúa lo que es una buena institución, sino que se dirige hacia la observación de cuán adecuadas o inadecuadas han sido las decisiones iniciales. La mayor limitación de este enfoque es su incapacidad de predecir el cambio institucional; no obstante, su mayor aplicabilidad radica en que su línea histórica puede integrarse a los demás enfoques de la ciencia política (Peters, 2003).

Esta inclusión de la línea histórica que propone la dependencia de rumbo, vista desde la toma de decisiones al inicio de la creación de las reglas de juego, se hace pertinente en el momento de caracterizar la reforma de salud y establecer fechas, momentos y decisiones clave que han permanecido a través de su implementación y cambios surgidos.

#### **6.4 Institucionalismo sociológico**

La corriente de enfoque sociológico permite profundizar en el estudio de las instituciones y organizaciones. Esta teoría, contrario a otros enfoques neoinstitucionales, tiene su base en la teoría de la organización. Desde esta perspectiva, las instituciones “consisten en estructuras y actividades cognitivas, normativas y reguladoras que brindan estabilidad y significado al comportamiento social” (Scott, 1995; citado en Peters, 2003, p. 159). Se observa una inclusión no solo de normas o estructura en relación con la institucionalidad, sino de la influencia de percepciones, identidades, cultura y construcción social hacia el comportamiento de los actores. En contraposición con otros enfoques, el comportamiento de los actores responde más a la influencia de instituciones como marcos de significados que como instrumento racional dictatorio de las preferencias institucionales (Hall y Taylor, 1996).

Peters (2003) destaca que uno de los conceptos más interesantes del institucionalismo sociológico es el término sedimentación. Este se refiere a que las prácticas se asientan sobre el pasado, reflejando claramente la índole histórica y acumulativa de las instituciones, lo cual significa que las estructuras pueden evolucionar a lo largo del tiempo y conservar gran parte de su historia.

Resulta pertinente para este estudio la concepción de prácticas acumulativas en las instituciones. Se plantea de fondo la observación de un cambio institucional no absoluto, consecuencia de la sedimentación institucional.

### **6.5 Institucionalismo racional**

El institucionalismo racional ha sido utilizado mayormente en los análisis economicistas. No obstante, su aplicación a las políticas públicas y sectoriales ha permitido ver espacios de análisis sobre las estructuras institucionales y el comportamiento de los actores dentro de estas. El argumento principal que esboza esta teoría es que el individuo busca la maximización de su beneficio. En esta búsqueda de maximización, “los actores pueden llegar a darse cuenta de que sus objetivos pueden ser alcanzados más eficazmente a través de la acción institucional y descubrir que su conducta es moldeada por las instituciones” (Peters, 2003, p. 73).

Las variantes dentro del enfoque racional establecen que la importancia de las instituciones radica en que estas son un mecanismo de constreñimiento de la conducta individual. La discusión gira en torno a la aseveración de que cada individuo elige pertenecer o participar de la institucionalidad y, por ende, conoce que esas normas o reglas canalizarán su comportamiento y serán una influencia en la toma de decisiones. North (1993) añade que, si los actores desean tener éxito en el alcance de sus objetivos, sus preferencias están expuestas a ser moldeadas por la institución en la cual participan.

De acuerdo con Peters (2003, pp. 75-77), la elección racional como teoría mantiene diversos lineamientos. Este autor se concentra en los modelos basados en la relación jefe-agencia, teoría de juegos y modelos basados en reglamentaciones; aunque diversos entre sí, mantienen un conjunto de supuestos comunes. Fundamentalmente son los siguientes:



- Los individuos son los actores centrales en el proceso político y actúan racionalmente para maximizar el beneficio personal.
- Las instituciones son un conjunto de reglamentaciones que moldean la conducta individual, pero los individuos reaccionan racionalmente ante los incentivos y restricciones establecidos por esas reglas.
- Las instituciones se definen por reglas y por conjunto de incentivos.
- Los resultados del proceso de diseño están determinados por la índole de los incentivos y restricciones que se construyen dentro de las instituciones.

Con base en estos supuestos, se hace un acercamiento a las reglas de juego y la toma de decisiones, que constituyen dos aspectos centrales de esta investigación. Las reglas se ven como esas normas que los actores aceptan seguir a cambio de los beneficios que obtienen por pertenecer a las estructuras. Estas reglas y sus dinámicas se tornan decisivas cuando existe la posibilidad de que los actores, en la búsqueda de su beneficio individual, produzcan resultados colectivamente indeseables (Peters, 2003, p. 78).

La toma de decisiones es un punto complicado, visto desde las preferencias que pueden tener los actores en su carácter individual y las propias reglas que ya establece la institucionalidad. Esto último, según Peters (2003), se ve como una virtud de la racionalidad, ya que las instituciones son reglas existentes y proveen un medio estable de toma de decisiones. Sin embargo, lo polémico del proceso de decisión solo sería neutralizado si la institucionalidad preexistente es aceptada de forma unánime por los actores participantes.

Entonces, se deben considerar el contexto y la interacción con los cuales se crearon esas reglas de juego preexistentes, pues “los debates que rodean la formación de las reglas suelen decir mucho acerca de sus presuntos efectos y, por lo tanto, acerca de lo que las reglamentaciones *significan* realmente” (Peters, 2003, p. 89). Puntualizar en los efectos o resultados es un elemento esencial en la elección racional. Para algunos autores es

esencial también considerar el momento de cambio institucional, aun si ha sido provocado por el fracaso<sup>6</sup> de la institución.

Lo central del cambio institucional, desde la elección racional, es que contrario a otros planteamientos institucionalistas, este modelo habla del cambio como un proceso consciente, aun cuando implique solo modificaciones (March y Olsen, 1989). La interacción de los individuos es vista de forma bidireccional. Esto significa que se observa a los actores como actores moldeados por las instituciones y, a su vez, a estos como influyentes en el comportamiento institucional. Peters (2003) argumenta que desde este enfoque se da especial atención a demostrar que las estructuras exteriores inciden centralmente en los actores que se encuentran insertos en las instituciones.

Aunque cuatro de los cinco subenfoques de la elección racional no consideran esencial el origen de las instituciones, la teoría de juegos considera fundamental analizar la forma en la cual las elecciones de los individuos crean, diseñan y desarrollan las reglas de juego. Este abordaje implícitamente asume que, una vez los actores conocen las consecuencias de sus elecciones, las decisiones a tomar serán mejor acertadas.

En términos de asertividad y desde la perspectiva de “buenas instituciones”<sup>7</sup>, puede entenderse que la elección más acertada es aquella que menos cambios requiera y mejor adaptación tenga. Ante esto último, las teorías que hablan sobre la relación jefe-agente indican que para alcanzar ese resultado y que perdure, los actores relevantes deben crear relaciones contractuales y compartir información (Banks, 1995; citado en Peters, 2003, p. 93).

En este punto se observa la importancia de incluir en este análisis las relaciones contractuales de la reforma de salud. Se reconoce la limitación del enfoque

---

6. Peters (2003) asume como significado de fracaso lo contrario a “buena institución”.

7. Desde la perspectiva de la elección racional:

Una buena institución es aquella que lleva a cabo con eficiencia la tarea que le ha sido asignada. Considerando que las instituciones están destinadas a superar las debilidades identificables en el mercado o en el sistema político y son consideradas medios para producir resultados colectivamente deseables. (Peters, 2003, p. 94)

neoinstitucional para profundizar en los aspectos contractuales y relacionales entre agente y principal. Como elemento de apoyo conceptual, en la siguiente sección se plantean postulados y conceptos de la teoría de la agencia.

## **6.6 Teoría de la agencia**

Las recientes reformas del Estado han estado apoyadas por las orientaciones teóricas como la elección racional y la teoría de la agencia, dentro de la corriente del neoinstitucionalismo (Fleury, 2002). Las nuevas relaciones contractuales entre el Estado y los entes privados para que brinden servicios sociales requieren de dicho análisis teórico, particularmente en el sector salud, ya que precisamente las reformas de los sistemas se dieron en el contexto de condiciones de mercado neoliberal.

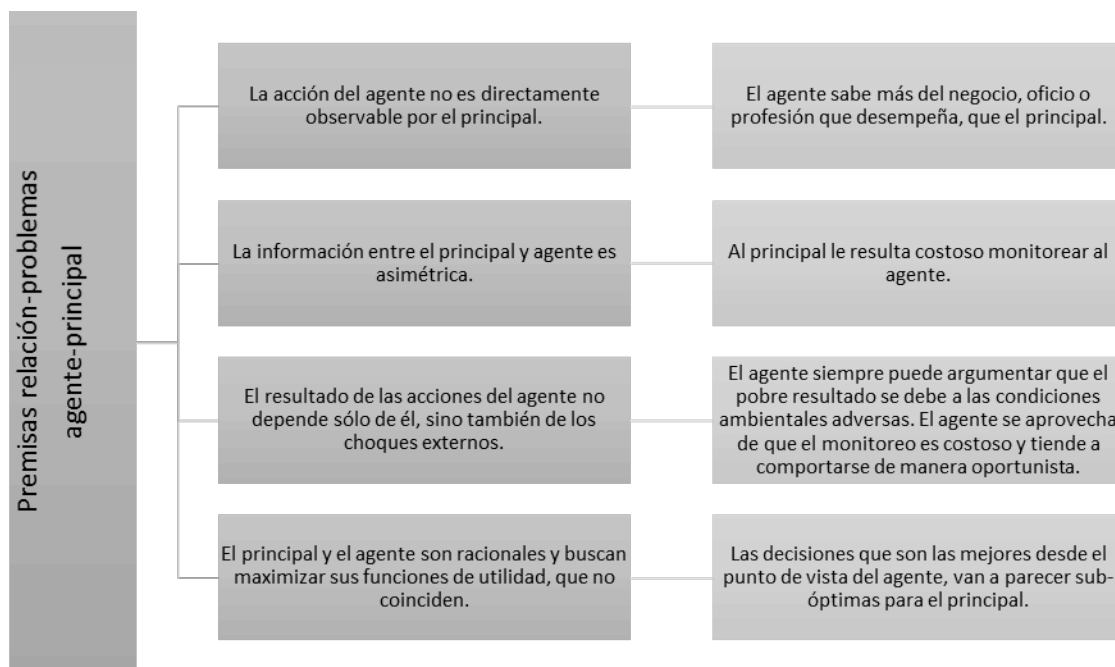
La teoría de la agencia proviene principalmente de la economía institucional y, por su naturaleza, sostiene un enfoque sesgado hacia lo jurídico. Precisamente, parte de la problemática planteada en esta investigación implica un abordaje de las bases legales y contractuales que forman parte de la reforma de salud. Por ello, la pertinencia de caracterizar teóricamente el proceso contractual.

Desde la teoría de la agencia, la relación contractual se da entre un agente y un principal (Health, 2009). En este caso, el agente es quien se enfoca en realizar las tareas acordadas mediante contrato y el principal funciona como supervisor del desempeño del agente. En esta investigación, se ubicaría la Administración de Seguros de Salud (ASES) como el principal y los proveedores de servicio de salud (aseguradoras) como los agentes. De esta teoría se interesa fundamentalmente comprender y analizar las discordancias entre las metas del principal y las del agente, así como el alto costo que puede suponer para el principal verificar lo que efectivamente está haciendo el agente (Fernández y Marín, 2009, p. 944). Sus postulados apuntan a que se pueden observar las diferentes actitudes que asumen tanto el agente como el principal en relación con el riesgo que supone ofrecer servicios de salud a toda una población y analizar los aspectos de supervisión estructural entre ambos actores.

Fleury (2002) expone que la teoría de la agencia mantiene los mismos principios utilitarios clásicos sobre la maximización de los intereses individuales en los procesos de toma de decisiones. No obstante, añade que en este momento esa racionalidad se aplica a agentes que están tomando decisiones en un mercado reconocido como imperfecto, con asimetrías en la información a la que tienen acceso.

La conducta de los agentes puede ser variada y está sujeta a diversos factores. Fleury (2002) afirma que el problema empieza porque los agentes estarán frecuentemente tentados a actuar a favor de sus propios intereses y no a favor de quien le contrata. Gorbaneff (2003) menciona que hay cuatro premisas de importante consideración, las cuales se detallan en la figura 4.

**Figura 4.** Premisas relacionadas a los problemas entre agente y principal



Fuente: Elaboración propia. Basado en Gorbaneff (2003, p. 77).

Por su parte, es el principal quien debe establecer controles e incentivos para minimizar cualquier conducta desviada de su interés (Zapata y Hernández, 2010). Se trata de hacer disponible un sistema de compensación e incentivos que estimulen propiamente a los

agentes para que contribuyan al alcance de los objetivos establecidos por el principal (Zapata y Hernández, 2010). Se debe tomar en consideración que el establecimiento de un sistema de incentivos puede ser costoso para el principal, y no necesariamente está atado al requerimiento de evaluaciones.

Por ejemplo, en el caso de las políticas de salud y la delegación del Estado de las funciones principales como el aseguramiento y la prestación de servicios, establecer un sistema óptimo de incentivos ha resultado altamente costoso e ineficiente. La reducción en el gasto público en salud no se ha dado, por el contrario, la deuda de muchos sistemas de salud, como en Puerto Rico, ha aumentado (Rivera, 2018). Empero, las aseguradoras contratadas por el Gobierno de Puerto Rico han aumentado sus ganancias considerablemente (Rivera, 2018, pp. 44-45). En tanto, los servicios de salud continúan en deterioro y el acceso y la calidad de estos es limitada.

Franco Giraldo (2013) reafirma que precisamente las reformas de hace tres décadas se gestaron para promover el ahorro económico al Estado y maximizar los servicios de salud a toda la población. Este objetivo no se ha logrado por la permanente tensión entre el paradigma neoliberal y los derechos sociales (p. 13). Por su parte, Fleury (2002) afirma que la teoría de la agencia brinda dos alternativas para atender estas conductas:

La primera es aumentar el flujo de informaciones del principal a través de indicadores de desempeño, aumentar la rendición de cuentas financieras y especificar claramente los objetivos. La segunda es contratar en el mercado para generar competencia, puesto que la competición actúa como disciplina entre los agentes. (p. 7)

Añade Fleury (2002) que los procesos de contratación permiten que el principal tenga mayor oportunidad de controlar a sus agentes. La relación contractual que se gestione entre principal y el agente, al implicar delegación de competencias y cierto grado de autoridad, requiere del contenido de reglas claramente establecidas. Esta teoría parte de la premisa del mismo principio maximizador para los actores en el momento de tomar decisiones o implementar una política pública; por ello la importancia del tipo de contrato que se establezca y las cláusulas que se estipulen. Desde esta perspectiva, Torres, Gorbaneff y Contreras (2004) nombran tres tipos de contratos, los cuales se describen en el cuadro 6.

**Cuadro 6. Tipos de contratos desde la teoría de la agencia**

<b>Tipo de contrato</b>	<b>Descripción</b>	<b>Condiciones de mercado</b>
Legal clásico	Se aplica a una transacción caracterizada por acuerdos y resultados perfectamente claros (Macneil, 1978). Este tipo de contratación es adecuado cuando los procesos y resultados del intercambio de bienes son claramente visibles y no cambian las condiciones sobre las que se diseñó el contrato, en el cual la identidad de las partes no es importante. Este tipo de contratos son muy formales y las reglas que se establecen serán aplicadas de forma estricta.	Exige condiciones perfectas de mercado. Cuando se presentan condiciones cambiantes o transacciones difíciles de definir en el tiempo, los contratos se hacen más complejos (Poppo y Zenger, 2002).
Neoclásico	Tiene ciertos grados de flexibilidad que facilitan la continuidad de la relación y promueven la adaptación eficiente a condiciones cambiantes (Williamson, 1991). Para que la contratación funcione en estos términos es necesario el establecimiento de relaciones de confianza que protejan de comportamientos oportunistas. Serviría como medio para supervisar y trabajar con varios proveedores de servicios, introduciendo el método de competencia entre ellos (Macq y Martiny, 2006).	Puede darse en condiciones de mercado imperfecto. Al tener dicha flexibilidad, este tipo de contrato es el soporte legal adecuado para los acuerdos de cooperación.
Laboral	Este tipo de contrato difiere de los dos anteriores en que no es un contrato entre dos partes, sino un conjunto de contratos que tienen como centro al empresario (Alchian y Demsetz, 1972). Este tipo de contratación es adecuado cuando los procesos y resultados no son visibles y las continuas adaptaciones a circunstancias cambiantes son necesarias en condiciones de inversiones altamente específicas por las partes.	Adaptación a condiciones cambiantes del mercado, pero con un alto nivel de especificaciones contractuales.

Fuente: Elaboración propia. Basado en Torres, Gorbaneff y Contreras (2004, pp. 76-77).

Basado en el contexto de la reforma de salud de Puerto Rico, se entiende que el contrato entre agente y principal es neoclásico. El contrato neoclásico dentro del sector salud que se estudia representa la relación fundamental entre agente y principal. Es una relación que

involucra al sector privado y fomenta la competencia con el fin de mejorar el producto (servicio) que se desea obtener (Fernández y Marín, 2009).

El análisis que propone esta teoría complementa el enfoque neoinstitucional previamente propuesto y no representa una contradicción entre modelos. Autores como Peter y Taylor (1996), Ross (1973), Spence y Zeckhauser (1971) y Tsebelis (1996) argumentan que la teoría de la agencia permite interpretar el espacio de interacción de los individuos con la institucionalidad de la política, y ubica a los actores como centrales en el proceso político y destaca la racionalidad que precede a la toma de decisiones del actor.

El enfoque que se adopta para el análisis de esta investigación se apoya en la lógica en la cual se desarrolló la reforma del sistema de salud de Puerto Rico y en las condiciones del mercado neoliberal que aún prevalecen. Como se discute en este capítulo, las teorías aplicadas son de corte neoclásico, el cual incluye el neoinstitucionalismo de la elección racional y la teoría de la agencia. Estas teorías permiten la comprensión del papel del Estado y el mercado en el contexto de la modernización y la inclusión de los actores privados para administrar y ofrecer servicios de salud a la población médico-indigente en Puerto Rico.

Esta reforma mantiene cambios sustanciales entre diferentes actores, agentes económicos, políticos y administrativos que se caracterizaron por sus funciones, influencias e interacciones (Fleury, 2000). Se analiza el proceso de contratación entre la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico y las aseguradoras, partiendo de la premisa de una relación de cuasimercado de la salud.

En el siguiente apartado se detalla la metodología de esta investigación.

## **CAPÍTULO III**

### **ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

Esta investigación parte del paradigma interpretativo, pues busca conocer significados y percepciones de una realidad subjetiva. El ámbito de las normas y las interpretaciones que hacen los actores de ellas corresponde a visiones de mundo de naturaleza eminentemente subjetiva. La realidad de los actores es una realidad de creencias, conceptos, tradiciones, elementos culturales que constituyen valores y normas sociales estructuradoras del comportamiento. De manera que las preguntas de esta investigación están relacionadas, sobre todo, con aspectos subjetivos.

Lo epistemológico supone una definición respecto al tipo de relación que se establece entre el científico que conoce y la realidad que se conoce. Si la realidad observable es subjetiva, como se ha comentado, el acceso al conocimiento sobre las relaciones entre actores e instituciones se da mediante las interpretaciones, tiene que ver con el discurso que usan los actores involucrados en la gestión. La perspectiva interpretativa que se asume opta por desarrollar conocimiento de forma inductiva. Asimismo, las inducciones deben llevarse a cabo a partir de observaciones específicas de los actores y de sus interacciones, mediante el análisis de las comunicaciones.

Sin embargo, también se formulan preguntas sobre el comportamiento de los actores, se trata de una realidad objetiva como la que se produce cuando se intercambian recursos en una red de actores, realidades tangibles que se pueden cuantificar. En este sentido, se incorporan datos cuantitativos complementarios en los estudios de casos y la triangulación con hallazgos cualitativos. Esta información cuantitativa es eminentemente subsidiaria de la cualitativa, y es complementaria en la presente investigación. Se parte del supuesto de un sistema de salud de mercado regulado por el Estado, donde la empresa privada está a cargo de ofrecer los servicios de salud a la población y el Estado asume un rol limitado a financiador y colaborador, más que fiscalizador o regulador.



Desde esta perspectiva interpretativa, se hace énfasis en los actores y sus comportamientos individuales dentro del contexto socio-político, económico y cultural en el cual se da la toma de decisiones que han conformado el marco institucional prevaleciente. Interesa, particularmente, en esta investigación conocer las interacciones entre los actores involucrados desde una realidad subjetiva, múltiple y que es vista desde distintas perspectivas (Ulin, Robinson y Tolley, 2006). Empero, desde la teoría neoinstitucional, las decisiones de los actores se producen al margen que deja el marco normativo, diseño institucional de naturaleza primeramente subjetiva (elaboraciones que definen una plantilla prescriptiva del comportamiento, ordena relaciones entre actores y define la lógica de lo que es adecuado hacer). Por lo tanto, se adoptó una metodología cualitativa que permite derivar e interpretar datos desde las percepciones, experiencias y acciones en función del contexto, en su sentido amplio (Ulin, Robinson y Tolley, 2006).

El enfoque cualitativo, como metodología para investigar y cónsono con el paradigma interpretativo, parte de la concepción que lo social es una totalidad en construcción inacabada, construcción en la que participan los agentes provistos de conciencia, intereses, voluntad y libertad (Astete, 2016, p. 102). Este tipo de investigación cualitativa permite hacer variadas interpretaciones de la realidad, puesto que el investigador tiene la libertad de ir al campo de acción con la mente abierta, sin que ello signifique que carezca de bases teóricas y conceptuales sobre la realidad a observar (Sarduy, 2007, p. 6). Por lo tanto, exige un protocolo de investigación riguroso que permita capturar hechos, describirlos y comprenderlos analíticamente.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2008), el enfoque cualitativo se fundamenta en un proceso de carácter inductivo, desde lo particular hasta llegar a una perspectiva más general. Este enfoque se define como: “Un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos (p. 9).

La aplicación de técnicas o herramientas de investigación cualitativas representan un reto para quien investiga. Se trata de un proceso no lineal que requiere de aplicación y análisis casi simultáneamente y de la conjugación de varias formas de recolectar datos.

Cada técnica requiere de una articulación previa del objetivo de investigación, el objeto, la teoría y la metodología, puesto que se trata de la forma en que se construirá la evidencia empírica del problema definido (Di Virgilio *et al.*, 2007, p. 91).

Por la naturaleza y propósito de esta investigación, se hará un estudio de caso, utilizando dos estrategias para la recolección de la información: la revisión documental y la técnica de entrevista cualitativa semiestructurada a informantes clave. A continuación, se expone el tipo de estudio y se detallan las estrategias de recolección de datos.

## **1. Tipo de estudio y estrategias de recolección de datos**

El diseño que se propone es un estudio de caso, debido a que se trata de la investigación de un fenómeno contemporáneo que busca responder preguntas sobre el cómo y el por qué, en el cual el contexto es esencial en términos de análisis (Yin, 1991). Un estudio de caso tiene la ventaja de profundidad de análisis y es útil para construir el conocimiento que tiene un resultado institucional (Gorbaneff, Cortes, Torres y Yepes, 2013). Como estrategias de recolección de datos cualitativos, se utilizarán como fuentes de información una diversidad de documentos y entrevistas a informantes clave. A continuación, se describe el caso que se seleccionó y, en otro apartado, la estrategia de recopilación de datos documentales y entrevistas a informantes clave.

### **1.1 Estudio de caso**

En este trabajo se investiga la reforma de salud implementada en Puerto Rico desde el año 1993 hasta 2019, desde un análisis neoinstitucional y sus implicaciones en la prestación de servicios de salud. Por tanto, las condiciones contextuales son importantes, se han incluido deliberadamente y son propias para este estudio (Yin, 1992).

Según Yin (1992), existe una distinción primaria en los estudios de casos: simples o múltiples. Para esta investigación, se consideró un estudio de caso simple. Las razones para seleccionar casos simples, se debe a las siguientes razones: que representa la prueba crítica de una teoría de estudio significativa, que el caso representa un caso extremo o único o que se trata de un caso revelatorio. Se entiende que este estudio es un caso único.

Los requisitos del estudio de caso están configurados con el fin de que sea posible ejemplificar a fondo la realidad de la implementación normativa del Plan de Seguros de Salud del Gobierno. De acuerdo con los objetivos de la investigación y los parámetros establecidos, los criterios para la selección del caso de estudio son los que se presentan a continuación:

- Ser una aseguradora de salud con estructuras físicas operativas en Puerto Rico.
- Tener un contrato vigente con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- Ser aseguradora participante del Plan de Seguro de Salud del Gobierno.
- Tener aseguradas, al menos, un 15 % de las personas médico-indigentes, certificadas por Medicaid, dentro del Plan de Seguro del Gobierno.
- Demostrar una experiencia mínima de diez años en el mercado de prestación de servicios de salud.
- Estar accesible a brindar información para el estudio

De acuerdo con los tipos básicos de estudios de casos reseñados por Yin (1992), este estudio utilizará un diseño de caso simple, con una unidad de análisis: el contrato de la aseguradora Triple-S. Este caso fue seleccionado porque permite enfocarse en el análisis de los objetivos específicos planteados, es decir, estudiar el nivel operativo. Además, tiene poder explicativo de la realidad de los procesos en Puerto Rico, ya que constituye un caso representativo de contratación y es la aseguradora de mayor presencia en Puerto Rico y con mayor experiencia en el contrato con el Plan de Salud del Gobierno.

En el cuadro 7, se incluye una descripción de la aseguradora seleccionada.

**Cuadro 7. Información descriptiva de la aseguradora Triple-S**

<b>Información descriptiva</b>	<b>Aseguradora</b>
	<b>Triple-S Vital</b> (Triple-S Salud, Blue Cross, BlueShield of Puerto Rico)
<b>Descripción de la aseguradora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corporación privada con fines de lucro.</li> <li>• Establecida en Puerto Rico desde el 1959.</li> <li>• Se diversifica y amplía su oferta de seguros para otros campos como propiedades.</li> <li>• En 1995 se convierte en la primera y única aseguradora del Plan de Salud del Gobierno.</li> <li>• Adquiere varias empresas de seguros, convirtiéndose en la empresa de seguros de salud líder en Puerto Rico.</li> <li>• Ingresan al mercado de valores de Nueva York a cotizar acciones.</li> <li>• Comienza su expansión hacia Latinoamérica con el lanzamiento de la marca BCBS, Costa Rica.</li> <li>• Más de 50 años en el mercado en Puerto Rico.</li> </ul>
<b>Visión</b>	“Ser reconocidos como líder de mercado en la industria de salud en las comunidades que servimos”.
<b>Misión</b>	“Cuidamos mejor tu salud, bienestar y tranquilidad durante los eventos esperados e inesperados de la vida”.
<b>Valor hacia el servicio</b>	“Nos esmeramos por proveer el mejor servicio de calidad a todos nuestros constituyentes”
<b>Alcance en Puerto Rico</b>	1.2 millones de asegurados (Plan de Salud Privado y Plan de Salud del Gobierno).
<b>Asegurados en el plan Vital (Plan de Salud del Gobierno)</b>	350 395 equivalente al 31.37 % del total de los asegurados (contiene la mayoría de los asegurados del Plan de Salud del Gobierno)
<b>Distribución geográfica</b>	Toda la isla.

Fuente: Elaboración propia. Basado en Triple-Salud y Triple S-Vital.

Es importante señalar que, en este nivel operativo, se realizó un análisis específico del contrato entre el Gobierno de Puerto Rico, representado por la Administración de Seguros de Salud (ASES) y la aseguradora Triple-S. Para ello, se creó la siguiente tabla matriz (cuadro 8) con las categorías analíticas consideradas fundamentales desde la teoría de la agencia y dentro de las fases de proceso de contratación: diseño, selección del contratista, implementación y evaluación.

**Cuadro 8. Fases del proceso de contratación**

<b>Fases del proceso de contratación</b>	<b>Categorías de análisis del contrato</b>		
	Temporalidad	Flexibilidad	Cobertura
<b>Diseño de la solicitud de propuesta (cartel)</b>			
<b>Selección del contratista (aseguradora)</b>			
<b>Proceso de implementación del contrato</b>			
<b>Evaluación del contrato</b>			

Fuente: Elaboración propia.

Para efectos de esta investigación, el concepto del contrato parte de una visión economicista. Brousseau y Glachant (2002, citados en Ruiz *et al.*, 2008) definen un contrato como: “Un acuerdo bajo el cual, dos partes hacen acuerdos recíprocos en términos de su conducta”. Estos autores añaden que un contrato, desde el concepto económico, rebaza el concepto puramente jurídico e incluye elementos de la teoría de la agencia, tales como las relaciones entre sus agentes, jerarquías y hegemonías, información disponible en la negociación y los efectos esperados a partir del diseño (Ruiz *et al.*, 2008, p. 22).

En cada fase del proceso de contratación se analizarán tres categorías principales: temporalidad, flexibilidad y cobertura. La temporalidad se refiere a los plazos, en términos de tiempo, que se dan para cumplir con lo pactado. La flexibilidad, por su parte, es la capacidad u oportunidad de realizar ajustes y cambios durante la implementación del contrato en torno a las necesidades surgidas en los beneficiarios (Chamizo, 2011, p. 13). Finalmente, la cobertura hace referencia al tipo de servicios de salud que están cubiertos, servicios que son excluidos, prerequisites para brindar dichos servicios y criterios de exclusión de servicios.

Para la categorización de la información, se identificó el contrato de Triple-S Vital, se indexó bajo la modalidad de marcadores y se procesó la información específica de cada categoría. En el anejo 1 se encuentra la tabla matriz completada.

En adelante, se detallan dos estrategias integradas al estudio de caso: el análisis documental y las entrevistas a informantes clave, tanto a nivel político-administrativo, como técnico y operativo.

## 1.2 Análisis documental

La técnica de análisis documental data del siglo XVII, pero se inició concretamente en los años treinta con un acercamiento desde el periodismo, luego la sociología y, posteriormente, la ciencia política (Abarca *et al.*, 2013, p. 193). Esta técnica trata del análisis de documentos con el fin de proporcionar alguna información. Desde la investigación social, se considera un documento todo “soporte material de hechos, fenómenos y manifestaciones de la realidad social, atendiendo tanto el documento en sí como la información que nos puede proporcionar” (Balcells, 1994, p. 256).

Dentro de la investigación social, los documentos que pueden proporcionar cualquier tipo de información son diversos. Balcells (1994) propone una tipología de los documentos con el propósito de clasificarlos, partiendo de ciertas características. En el cuadro 9 se incluye un resumen.

**Cuadro 9. Clasificación de documentos para análisis**

Tipología de los documentos	
Forma en que se presenta el documento	Procedencia del documento
Documentos escritos Históricos Prensa Personales Obras literarias	Fuentes primarias y secundarias
Documentos numéricos o estadísticos	Fuentes reproductoras de datos ya
Documentos de reproducción de imagen o	

sonido	publicados
Documentos objeto	

Fuente: Elaboración propia. Basado en Balcells (1994, pp. 256-260).

Para efectos de esta investigación, se analizaron documentos escritos tales como históricos, archivos oficiales, leyes, reglamentos, contratos, evaluaciones oficiales, comunicaciones oficiales, artículos de prensa, escritos de páginas web oficiales y obras literarias (libros) de expertos reconocidos en el tema (ver anejo 2 para una clasificación detallada de los documentos utilizados). En su mayoría, los documentos utilizados son de fuentes primarias y solo algunos de fuentes secundarias (aquella información que no se logró obtener de fuentes primarias). Con esta selección, se ofrece la garantía de las personas u organismos responsables de la publicación y se minimiza el riesgo de manipulación de los datos, que puede surgir con el uso de fuentes reproductoras de datos (Balcells, 1994, p. 259).

Para el análisis de la información obtenida, se utilizó el método clásico-cualitativo de análisis conjunto de todo el documento. Se aplicó la técnica de doble análisis, es decir, interno y externo. En el cuadro 10 se explica el alcance de cada técnica.

**Cuadro 10. Técnica clásica de análisis documental**

<b>Análisis interno</b>	<b>Análisis externo</b>
<b>Base racional</b> ¿Es verdadero o falso? ¿Quién es su autor? ¿Puede estar tergiversado lo que muestra? ¿Qué muestra o qué nos dice?	<b>Base contextual</b> ¿En qué momento fue elaborado? ¿Qué circunstancias rodearon su aparición? ¿Con qué objeto fue creado? ¿A quién se dirigía? ¿Qué consecuencias pudo tener?

Fuente: Elaboración propia. Basado en Balcells (1994, pp. 260-261).

Para organizar la muestra documental, se creó una tabla matriz,<sup>15</sup> la cual incluye la clasificación de los documentos, la fuente y una descripción del análisis interno y externo que se efectuó.

### 1.3 La entrevista semiestructurada

Al ser una investigación con enfoque cualitativo, además de la revisión documental, se utilizó la estrategia de la entrevista para profundizar en la búsqueda de datos, con la aportación de los informantes clave directamente. Grinell (1997) expresa que los estudios cualitativos buscan resaltar la significancia de los datos recopilados utilizando procesos más naturales que aquellos utilizados en el método cuantitativo. Se estudia el problema o situación desde su propia complejidad para tener una visión integral de este. Con este enfoque, la realidad se conceptualiza como cambiante y subjetiva (Hernández *et al.*, 2014). Por su parte, el método cualitativo “pone el acento en la mirada que los actores y actrices sociales hacen de su entorno, de las relaciones sociales y el análisis contextual en que ésta se desarrolla” (Rodríguez, 2006, p. 91).

En general, los autores revisados apuntan a que la entrevista es un intercambio de información entre personas, mediante el diálogo o la conversación. Hernández *et al.* (2008) indican que es “una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado)” (p. 597). La finalidad de este intercambio se concreta cuando se focaliza en la obtención de información sobre un tema determinado (Balcels, 1994). La entrevista se utiliza generalmente cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo (Hernández *et al.*, 2008, p. 598).

Balcels (1994) establece diversas funciones de esta técnica cualitativa. Indica que puede utilizarse como instrumento de aplicación del cuestionario en las encuestas sociales, como técnica propia y específica de recogida de datos o como técnica polivalente aplicable al ámbito de las ciencias sociales. Dentro de la segunda función mencionada, las entrevistas cualitativas pueden diferenciarse en tres tipos (Taylor y Bogdan, 1998, pp. 102-103):

---

15. La tabla matriz se incluye en los anejos de la investigación. Corresponde al anejo 2



- Historia de vida o autobiografía: El investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que tal persona aplica a esas experiencias.
- Aprendizajes sobre acontecimientos y actividades que no se observan directamente: El informante no simplemente revela sus propios modos de ver los que sucede, si no que describe el modo en que otras personas lo perciben.
- Estudios amplios: La finalidad es proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas.

Hernández *et al.* (2008) divide las entrevistas sobre acontecimientos y actividades no observables directamente como entrevistas estructuradas, semiestructuradas o abiertas. El cuadro 11 define y demarca las diferencias entre estas divisiones.

**Cuadro 11. Tipos de entrevistas cualitativas**

Forma de entrevista	Guía de preguntas	Posición del entrevistador
<b>Estructurada</b>	Guía específica	Sujeto únicamente a los ítems contemplados.
<b>Semiestructurada</b>	Guía de asuntos o preguntas	Tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información.
<b>Abierta</b>	Guía general de contenido	Posee toda la flexibilidad para manejar el ritmo, la estructura y el contenido.

Fuente: Elaboración: propia. Basado en Hernández *et al.* (2008, p. 597).

Las entrevistas cualitativas poseen ciertas características fundamentales. Rogers y Bouey (2005, citados en Hernández *et al.*, 2008) indican que no existe una predeterminación de comienzo y final claramente establecido, pueden realizarse en varias etapas y es un proceso flexible. Tanto las preguntas como el orden en que estas se hacen deben

adecuarse a los participantes. Asimismo, el contexto social es considerado esencial para la interpretación de significados.

En relación con las preguntas, estas se deben adecuar a la forma de entrevista. Según Grinell (1997, p. 118) existen cuatro tipos de preguntas aplicables a cualquier entrevista cualitativa:

- Preguntas generales: Se parte de planteamientos globales que dirigen el tema que se interesa abordar.
- Preguntas para ejemplificar: Sirven para exploraciones más profundas, puesto que media la solicitud al entrevistado de que ofrezca algún ejemplo concreto.
- Preguntas estructurales: Cuando se solicita al entrevistado una lista de conceptos a manera de conjuntos o categorías.
- Preguntas de contraste: Se pregunta al entrevistado sobre similitudes y diferencias respecto a tópicos puntuales.

En esta misma línea, Hernández *et al.* (2008, p. 601) sugieren un orden para efectuar las preguntas. Además, indica que normalmente se comienza desde las preguntas generales hasta las más específicas. Se ilustra el orden en la figura 5.

**Figura 5.** Tipos de preguntas en entrevistas cualitativas



Fuente: Elaboración: propia. Basado en Hernández *et al.* (2008, p. 601).

Una de las ventajas de esta estrategia de investigación, según Balcells (1994, p. 234), es que la entrevista es considerada como el instrumento por excelencia del investigador por su poder de penetración a la información. Este indica que la entrevista cualitativa genera flexibilidad de adaptación a las circunstancias y permite una aclaración directa sobre las respuestas ambiguas y la ampliación de la información de inmediato.

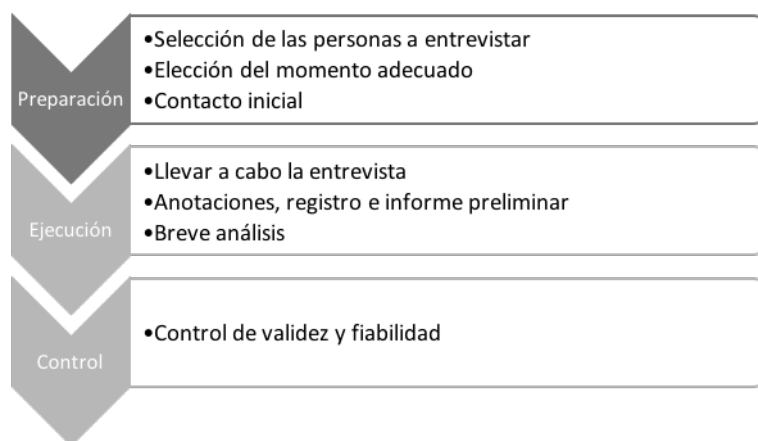
En tanto, Taylor y Bogdan (1998, p. 106) anotan que las entrevistas son adecuadas también en casos específicos. Por ejemplo, cuando los intereses de investigación son relativamente claros y están bien definidos, los escenarios o las personas no son accesibles de otro modo, y la investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas.

Con estas líneas metodológicas de base, se ha justificado que la realización de la entrevista cualitativa es la opción adecuada para generar los datos esperados (complementada con la revisión documental). Específicamente, se propone la utilización de las entrevistas semiestructuradas, ya que se desean generar expresiones abiertas fuera de la influencia directa del investigador (Creswell, 2005; citado en Hernández *et al.*, 2008, p. 597). En otras palabras, más que dictar categorías preestablecidas, se desea que los propios actores den cuenta de posibles categorías de análisis.

Con base en las sugerencias de Hernández *et al.* (2008) y Taylor y Bogdan (1998), se conformó una guía de entrevista semiestructurada.<sup>16</sup> Dicha guía ubica los temas centrales de interés en el estudio mencionado. Se debe mencionar que, según Mertens (2005, citado en Hernández *et al.*, 2008, p. 597), la guía de preguntas puede ser ampliada conforme se avanza en el trabajo de campo. Básicamente, la aplicación de esta técnica, como afirma Balcells (1994), requiere de tres grandes momentos. Para efectos de esta investigación, se considerarán como se muestra en la figura 6.

---

16. Ver la guía de preguntas en el anejo 4.

**Figura 6.** Fases del proceso de entrevista

Fuente: Elaboración propia. Basado en Balcells (1994).

La selección de los informantes clave se hizo a través de la identificación directa por parte de la investigadora y por recomendación de expertos en el tema. Para ello, se preparó una tabla de referencia de las agencias públicas y privadas que componen el sistema de salud de Puerto Rico. Luego, con base en la literatura revisada, se identificaron aquellas agencias o entidades que tienen una relación directa con la implementación de la reforma de salud. Una vez depurado el listado de las agencias, se hizo un primer contacto telefónico y se enviaron cartas de invitación oficiales a los informantes clave.<sup>17</sup>

Los informantes clave abarcaron el nivel político-administrativo del Gobierno de Puerto Rico y del nivel técnico y operativo. Los criterios de inclusión para los informantes clave fueron los siguientes:

- Tener experiencia reconocida en el manejo de la información del sistema de salud de Puerto Rico.
- Ser un actor clave en el proceso de toma de decisiones en la agencia, organización o entidad en la cual se desempeñe o, en su lugar, ser un actor representativo de dicha agencia, organización o entidad a la cual pertenece.

17. Ver cartas de invitación y protocolo de investigación en el anejo 5.

- Tener disponibilidad de realizar una entrevista a profundidad.
- Ser mayor de 21 años de edad.
- Tener la capacidad de consentir un proceso de entrevista.

Se contactaron inicialmente 17 informantes clave para las entrevistas semiestructuradas a profundidad; de estos, 12 accedieron a ser entrevistados. Dichas entrevistas fueron grabadas en audio (excepto una, a petición de la informante) y transcritas literalmente. También fueron codificadas para no identificar al informante en el uso de sus verbalizaciones, tal cual se les informó en el protocolo de investigación.

El cuadro 12 incluye un listado depurado del sector salud y de los actores estratégicos. Se han seleccionado tanto aquellos con injerencia directa en el sistema como los que tienen alguna relación indirecta. Se incluyen las ramas del Gobierno, agencias rectoras pertinentes, agencias del Gobierno Federal y agentes de la sociedad civil. Para esta investigación, se hicieron entrevistas a representantes de algunos de los sectores descritos.

**Cuadro 12. Actores estratégicos**

SECTOR	RAMA-AGENCIA	ACTORES ESTRATÉGICOS
Público	Ejecutiva	Gobernador
	Legislativa	Representantes y senadores
	Departamento de Salud	Agentes rectores, funcionarios públicos (nivel técnico)
	ASES	Agentes rectores, funcionarios públicos (nivel técnico)
	Agencias de sectores específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina Procurador del Paciente</li> <li>• Oficina Procurador del Impedido</li> <li>• Oficina Procurador del Ciudadano</li> <li>• Oficina de la Procuradora de las personas de edad avanzada</li> <li>• Tribunal Examinador de Médicos (TEM)</li> <li>• Departamento del Trabajo (Salud</li> </ul>

		Ocupacional) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comisionado de Seguros...</li> </ul>
Privado	Sin fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociación de Hospitales de Puerto Rico</li> <li>• Asociación Médica de Puerto Rico</li> <li>• Asociación de Alcaldes</li> <li>• Fundación Puertorriqueña para la Salud</li> <li>• Compañía Aseguradora Menonita Health Care</li> </ul>
	Con fines de lucro	Compañías aseguradoras: <ul style="list-style-type: none"> <li>• First Medical Health Plan, Inc.</li> <li>• Triple-S Salud Blue Cross BlueShield of P. R.</li> <li>• MMM Multihealth</li> <li>• Molina Healthcare</li> </ul>
Gobierno Federal		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid</li> <li>• Medicare</li> <li>• Social Security Administration</li> </ul>
Sociedad Civil		Participantes de los servicios de salud (beneficiarios)

Fuente: Elaboración propia. Basado en el perfil del sistema de salud en Puerto Rico (2007).

## 2. Técnicas de análisis de datos

En cada estrategia de recolección de datos, así como en cada estrategia de objetivos específicos, se describe la forma en la cual se analizarán los datos. No obstante, en este apartado se hace una referencia general.

Se han generado datos documentales y datos mediante entrevistas a informantes clave. La organización documental se realizó mediante la utilización de tablas matrices. Las tablas matrices contienen las categorías de los objetivos de la investigación y la información correspondiente. Antes de integrar la información como hallazgos del

estudio, se realizó un análisis clásico documental tanto interno como externo (Balcells, 1994).

Por otro lado, en cuanto a la recolección de datos mediante las entrevistas a informantes clave de nivel político-administrativo, técnico y operacional, una vez se transcribieron literalmente, el contenido se procesó mediante el sistema Atlas Ti. Este sistema es una herramienta para el análisis cualitativo de grandes cantidades de datos textuales y otros. Su nivel de sofisticación permite organizar, reagrupar y gestionar el material de manera creativa y, al mismo tiempo, sistemática (atlasti.com). Además, se utilizó como base la teoría fundamentada, particularmente los tres niveles que plantean Strauss y Corbin (2002, p. 25) como principios para el análisis de datos. Se describen a continuación:

- Nivel descriptivo: Describir las expresiones desde la perspectiva de la persona que la realiza.
- Nivel conceptual: Organización (y a veces clasificación) de los datos, de acuerdo con un conjunto selectivo y especificado de propiedades y sus dimensiones.
- Nivel teórico: Conjunto de conceptos bien desarrollados vinculados por medio de oraciones de relación, las cuales juntas constituyen un marco conceptual integrado que puede usarse para explicar o predecir fenómenos.

Luego del procesamiento de las entrevistas y la categorización de los documentos se procedió a abordar la validez de la información –ya procesada– a través del control cruzado. El control cruzado se trata del establecimiento de mecanismos que permitan examinar la coherencia de los hechos y datos por parte del investigador (Taylor y Bogdan, 1998). En este caso, la estrategia utilizada por excelencia es la triangulación de la información. Es decir, “apelar a tantas fuentes de datos diferentes como resulte posible” (Taylor y Bogdan, 1998, p. 127). En esta investigación se contrastaron las diversas fuentes de información oficiales, así como las expresiones *ad verbatim* de los informantes clave.

### **3. Estrategia de investigación y análisis por objetivo específico**

Esta investigación tiene como objetivo principal determinar cómo las relaciones entre los actores públicos y privados han influido en el resultado institucional prevaleciente en el sector salud y su incidencia en las decisiones que se han tomado en torno a las condiciones para el acceso y calidad en la prestación de servicios de salud a partir de la reforma de salud implementada en Puerto Rico.

En este apartado se incluyen las estrategias y técnicas de investigación para obtener los datos requeridos para el estudio. Para ello, se incluye cada objetivo específico, se establece la técnica de recolección de datos y la estrategia de análisis. Parte de la propuesta está basada en la propuesta de análisis de la Organización Panamericana de la Salud.<sup>18</sup>

#### **3.1 Objetivo específico 1**

Caracterizar el marco institucional (reglas de juego) como parte de la implementación de la reforma e identificar las transformaciones principales entre del Estado y las entidades privadas en el proceso de formulación y aprobación de la reforma de salud.

Para el análisis de cualquier proceso de reforma es importante definir el marco histórico, económico, político e institucional. Según Ham y Hawkins (1990), el modelo sanitario, históricamente aceptado en cualquier lugar, define los precedentes y compromisos con los cuales se enfrentan los reformadores; el contexto macroeconómico influye sobre la reforma de salud porque cuando la disponibilidad de recursos se ve comprometida, se hace necesario evaluar los mecanismos de financiamiento y provisión de servicios, el tamaño del sector público, el balance entre la responsabilidad individual y colectiva y el rol del sector privado. Por tanto, uno de los temas centrales a los cuales se enfrentan los reformadores es el rol relativo del Estado y el mercado del sector salud.

---

18. Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de reforma sectorial de salud. Organización Panamericana de la Salud (2000).



La dimensión de análisis que abarca este objetivo refiere a la caracterización del marco institucional y las transformaciones principales entre actores públicos y privados. Para ello es necesario obtener la siguiente información:

- Describir el sistema de salud previo a la reforma del año 1993.
- Definir el contenido de la política y el reglamento a partir de la reforma de salud.

Dentro de esta información, se busca dar respuesta a las siguientes preguntas:<sup>19</sup>

- ¿Cuál es el modelo sanitario que impera en la sociedad? ¿Cuáles son los principios que lo regulan?
- ¿Qué papel se le asigna al Estado y al mercado en el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
- ¿Cuál fue la génesis de la reforma? ¿Cuándo comenzó? ¿Cuáles fueron las razones que la justificaron? ¿Cuáles son los principios centrales que guían la reforma del sector salud?
- ¿Es la política de reforma coherente con esos principios clave y tiene consistencia interna? ¿Hasta qué punto los contenidos y objetivos de la reforma están identificados y definidos?
- ¿Existe un proceso general de reforma del Estado? ¿Se inscribe la reforma del sector salud en ese proceso más general de modernización del Estado?
- ¿Existe consistencia entre los grandes objetivos de la reforma en salud con los principios de la reforma política, económica y social que se está impulsando desde el Estado?

Desde las definiciones oficiales de normas, leyes y reglamentos: ¿cómo es el proceso de contratación de las aseguradoras (identificación de los proveedores, diseño del llamado

---

19. Preguntas obtenidas y adaptadas de: Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de reforma sectorial de salud. Organización Panamericana de la Salud (2000, p. 12).

a propuesta, implementación del proceso y su evaluación)? ¿Cuál es el paquete de servicios que se pacta (precios, actores involucrados y roles de dichos actores)?

Esta información será recolectada principalmente a través de la técnica de revisión documental y por medio de entrevistas a informantes clave. Las fuentes identificadas como generadoras de los datos requeridos son el Departamento de Salud (DS), la Administración de Seguros de Salud (ASES), las actas legislativas, el reglamento de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993 y las publicaciones de profesionales o académicos reconocidos como expertos en el tema. En estas fuentes, se procurará obtener datos referentes al marco institucional, roles asignados, asimetrías e igualdades entre actores y capacidad de decisión adjudicada.

Para agrupar la información, se utilizaron tablas matrices a través de las cuales se ordenó y clasificó la información. En lo que respecta al procesamiento analítico de las entrevistas se utilizó el sistema Atlas Ti.

### 3.2 Objetivo específico 2

Dilucidar el resultado institucional acordado por los actores estratégicos en relación con el nuevo modelo del sistema de salud.

Este objetivo responde a la dimensión sobre *resultado institucional*. Para su estudio, se requiere información relacionada a los aspectos organizativos (reglas para la toma de decisiones e interacción de los actores) y a los cambios normativos (reglas de juego).

Como preguntas guías,<sup>20</sup> se han propuesto las siguientes:

- ¿Quién regula y quién conduce el sistema de salud? ¿Cuáles reglas había? ¿Cuáles se modificaron? ¿Hubo cambio en los procesos? ¿Cuáles?
- ¿Cuáles son los arreglos institucionales para manejar o gestionar la implementación de la reforma?

---

20. Algunas preguntas fueron adaptadas de: Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de reforma sectorial de salud. Organización Panamericana de la Salud (2000, p. 19).

- ¿Cuál fue el diseño del contrato entre el agente y el principal? ¿En qué contexto se da este? ¿Cómo se gestiona el contrato? ¿Corresponde el contrato a los criterios normativos y legales requeridos oficialmente? ¿Qué actores están involucrados y cuáles son sus roles?

Esta información fue recolectada principalmente a través de la técnica de revisión documental y de entrevistas a informantes clave. A su vez, se incluye el análisis contractual entre el Gobierno de Puerto Rico, representado por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y la aseguradora Triple-S. Las fuentes de información documental, principales generadoras de los datos requeridos son la Administración de Seguros de Salud (ASES), documentos oficiales de ASES, contratos otorgados, evaluaciones e investigaciones previas, noticias periodísticas y el reglamento de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993.

Para agrupar la información, se utilizaron tablas matrices a través de las cuales se ordenó y clasificó la información. En cuanto al procesamiento analítico de las entrevistas, se utilizó el sistema Atlas Ti.

### **3.3 Objetivo específico 3**

Analizar las decisiones de los actores estratégicos y su incidencia en la prestación de los servicios de salud.

La dimensión que aquí se abarca, *actores estratégicos y la toma de decisiones*, demanda identificar con mayor precisión los actores involucrados. Se parte del supuesto de que un proceso de reforma implica cambios estructurales e institucionales que afectan las reglas del juego bajo las cuales muchos de los actores han estado actuando hasta el momento del cambio. Por otro lado, introduce nuevos actores, así como incentivos, y modifica la distribución de flujos futuros de costos y beneficios (OPS, 2000).

La información principal que se requiere debe dar respuesta a los siguientes lineamientos:

- Identificar los actores estratégicos del proceso que inciden en la prestación de servicios de salud.
- Determinar su posición en relación con cada uno de los objetivos y estrategias.
- Observar dónde se toman las decisiones y qué actores las toman.
- Priorizar el grupo de actores por ser considerados para el análisis de dimensión 4.

Según la OPS (2000, p. 25), algunas preguntas a las que se puede dar respuesta en esta dimensión son las siguientes:

- ¿Cuál es la capacidad de cada uno de los actores que participan del proceso de contratación para afectar a favor o en contra los resultados de cada objetivo del proceso de reforma?
- ¿Cuál es el poder que le confieren las leyes a los actores?
- ¿Qué cargo desempeña o tiene el actor? ¿A qué nivel de toma de decisión se sitúa el cargo del actor? ¿Qué actores tienen poder de veto en las decisiones? ¿Qué actores tienen la potestad para determinar la agenda de los procesos de decisión? ¿Qué rol tiene el actor en la reforma en salud?
- ¿Cuál es el balance de costos y beneficios para los actores?

Las fuentes de información consultadas fueron del Departamento de Salud, la Administración de Seguros de Salud, leyes, reglamentos, contratos otorgados, publicaciones de los principales periódicos del país, publicaciones de investigadores reconocidos e información del personal técnico y operacional. Para esto, se utilizó tanto revisión documental como entrevistas a informantes clave. La agrupación de la información se hizo a partir de tablas matrices a través de las cuales esta se ordenó y clasificó. Para el procesamiento analítico de las entrevistas se utilizó el sistema Atlas Ti.

### **3.4 Objetivo específico 4**

Establecer las implicaciones de las decisiones tomadas por el conjunto de actores estratégicos en relación con las condiciones de acceso y calidad en la prestación de servicios.

La dimensión *implicaciones de las decisiones del conjunto de actores estratégicos en relación con la prestación de servicios* implica considerar la capacidad de acción de cada uno de los actores. Según Olson (1971), Hardin (1982) y la OPS (2000), esta capacidad debe basarse en el balance de los costos y beneficios individuales de los integrantes de los actores estratégicos. También requiere la conformación de una matriz de actores estratégicos, ubicando las relaciones iniciales entre estos; hacer un mapeo de actores para precisar el análisis de las decisiones tomadas que incidieron en la prestación de servicios, y revelar las decisiones y procesos que repercutieron en las condiciones de acceso y calidad.

Las fuentes de información consultadas se tomaron del Departamento de Salud, la Administración de Seguros de Salud, leyes, reglamentos, contratos otorgados, publicaciones de los principales periódicos del país, publicaciones de investigadores reconocidos e información del personal técnico y operacional. Para esto, se utilizó tanto revisión documental como entrevistas a informantes clave. La información se agrupó a partir de tablas matrices a través de las cuales esta se ordenó y clasificó. Para el procesamiento analítico de las entrevistas se utilizó el sistema Atlas Ti.

## **4. Definición de conceptos estudiados**

Con el interés de especificar los conceptos centrales y de brindar una definición operacionalizada, se incluye el cuadro 13. Este cuadro ubica los conceptos de acuerdo con la dimensión de análisis en la cual predominan.

**Cuadro 13. Dimensiones de análisis**

Concepto	Definición teórica	Definición operacional	Categorías generales para el análisis
<b>Dimensión de análisis 1: Marco institucional y transformaciones principales</b>			
<b>Reforma</b>	“Proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población” (OPS, 1995).	Marco normativo de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993.  Fuente: Elaboración propia.	Objetivos principales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principios rectores</li> <li>• Funciones descritas</li> <li>• Modelo institucional</li> <li>• Reglamento</li> </ul>
<b>Sistema de salud</b>	“La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” (OMS, 2005).	Funciones que se han implementado a través de la reforma de salud (Ley 72 del 7 de septiembre de 1993). Esta Ley crea la entidad regidora del sistema sanitario, nombrada como la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). El Departamento de Salud, en este caso, se observará como ente regulador y fiscalizador.  Fuente: Elaboración propia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidades regidoras (funcionamiento) en: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estructuras físicas</li> <li>-Financiamiento</li> <li>-Personal</li> <li>-Cubiertas/seguro médico</li> <li>-Servicios</li> </ul> </li> </ul>
<b>Formulación de la política pública</b>	Proceso de discusión, aprobación e implementación de una política pública en el cual participan distintos actores, interactuando en escenarios que pueden ser formales o informales.  Fuente: Adaptado de BID (2006).	Proceso de discusión, aprobación e implementación de la reforma de salud.  Fuente: Elaboración propia. Basado en BID (2006).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición del problema público</li> <li>• Programa de actuación político-administrativo</li> <li>• Acuerdo de actuación político-</li> </ul>

			administrativo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes de acción</li> </ul> Fuente: Subirats <i>et al.</i> (1992, pp. 116-117).
<b>Implementación de la política pública</b>	“Conjunto de procesos que, tras la fase de programación, tienden a la realización concreta de los objetivos de una política pública” (Subirats <i>et al.</i> , 1992, p. 183).	El conjunto de decisiones y acciones llevadas a cabo por actores públicos y privados y destinadas directamente a los grupos objetivos, bajo el proceso de la reforma de salud, enmarcadas en la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993.  Fuente: Elaboración propia. Basado en Subirats <i>et al.</i> (1992, pp.184-185).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura de los programas</li> <li>• Sistema administrativo</li> <li>• Influencia de los actores estratégicos</li> <li>• Situaciones coyunturales</li> </ul>
<b>Dimensión de análisis 2: Resultado institucional</b>			
<b>Reglas de juego (Instituciones)</b>	Estructuras y reglas formales explícitas y generalmente formalizadas jurídicamente y/o normas informales implícitas, pero compartidas por los miembros de una organización. (Subirats, <i>et al.</i> , 1992, p. 98)	Normas jurídicas formales e informales, contratos o acuerdos de la reforma de salud que son el reflejo de las relaciones de poder e interacciones continuas entre los actores y predefinen el acceso a la arena de la toma de decisiones.  Fuente: Adaptado de Subirats <i>et al.</i> (1992, p. 99).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato generado entre ASES y la aseguradora</li> <li>• Criterios de competencia</li> <li>• Temporalidad</li> <li>• Flexibilidad del contrato</li> <li>• Puesta en práctica</li> <li>• Evaluaciones realizadas</li> </ul>
<b>Dimensión de análisis 3: Actores públicos y privados y la toma de decisiones</b>			
<b>Actores estratégicos</b>	“Aquellas personas, grupos o entidades que se verán involucrados en el problema, directa o indirectamente y que tienen cierta postura respecto a éste” (Makita, Valadez, Vitre y Zavala, 2004; citados en Mariñez, 2004, pp. 88).	Aseguradora del caso seleccionado y sus proveedores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actores político-administrativos</li> <li>• Actores de nivel técnico</li> <li>• Actores de nivel operacional</li> </ul>
	Interacciones		

<b>Toma de decisiones</b>	continuas y repetidas entre actores identificables que movilizan recursos. (Subirats <i>et al.</i> , 1992, p. 117).		
<b>Dimensión de análisis 4: implicaciones de las decisiones del conjunto de actores estratégicos en relación con la prestación de servicios</b>			
<b>Prestación de servicios</b>		La Ley 72 dicta que la prestación de servicios se conceptúa dentro del modelo de cuidado dirigido (“managed care”) (ASES, 1995, pp. 15-19).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado primario</li> <li>• Proveedores primarios de apoyo</li> <li>• Servicios de cuidado</li> <li>• Tratamientos de salud</li> <li>• Cuidados preventivos</li> </ul>
<b>Acceso</b>	“Grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, dentro del proceso de búsqueda y obtención de la atención” (INEI, 2000).	Disponibilidad adecuada de todos los servicios de cuidado de salud requeridos y que se contemplan en el modelo de salud de cuidado dirigido (ASES, 1995, p. 5).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población asegurada</li> <li>• Servicios disponibles</li> <li>• Distribución geográfica de los asegurados</li> <li>• Redes de servicios</li> <li>• Disponibilidad de servicios</li> </ul>
<b>Calidad</b>	“Grado en el que el Estado y las leyes garantizan la implementación eficaz de la política pública, incluyendo grados de control y coherencia reglamentaria” Fuente: Elaboración propia. Basado en BID (2006).	Medidas de control en la prestación y utilización de los servicios del sistema de salud, especificados en el Reglamento General de ASES.  Fuente: Elaboración propia. Basado en ASES (1995, pp. 17-18).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acreditación de los proveedores</li> <li>• Adecuacidad de las facilidades físicas</li> <li>• Servicios prestados</li> <li>• Programas dirigidos</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.



## 5. Limitaciones del estudio

Se han considerado las limitaciones contextuales, documentales y procesales de esta investigación. Se detallan las siguientes:

- El acceso limitado a estudios del sistema de salud, desde las teorías apremiantes de políticas públicas.
- La inexistencia de estadísticas globales actualizadas en relación con los diversos componentes de la salud en Puerto Rico.
- La no disponibilidad de algunos documentos oficiales, de informes y evaluaciones realizadas, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados por la investigadora.
- El momento en el que se coordinaron y efectuaron las entrevistas a informantes clave, estuvo precedido por dos acontecimientos importantes para Puerto Rico que pudieron haber impactado esta investigación:
  1. Coincidió con el arresto por parte de Federal Bureau of Investigation (FBI, por sus siglas en inglés)<sup>21</sup> a la entonces directora ejecutiva de ASES, Ángela Ávila Marrero. El FBI indicó que se investiga ASES por corrupción gubernamental.
  2. Se gestó el movimiento social en el cual más de 1 millón de personas en Puerto Rico se movilizaron para pedir la destitución del gobernador de turno, Dr. Ricardo Rosselló, por comentar faltas consideradas no éticas; ante tal situación presentó su renuncia el 2 de agosto de 2019.<sup>22</sup>
- Algunos informantes clave decidieron no participar de la entrevista a profundidad, a raíz de la inestabilidad en las agencias públicas luego de estos acontecimientos.

---

21. El FBI es una organización de seguridad nacional que responde a amenazas y que es regida por la recopilación e interpretación de información. Su misión es proteger y defender a los Estados Unidos contra amenazas terroristas y de inteligencia extranjera, defender y hacer cumplir las leyes del código penal de los Estados Unidos, y proporcionar liderazgo y servicios de justicia penal a agencias federales, estatales, municipales e internacionales, así como a otros socios. ([www.fbi.gov](http://www.fbi.gov))

22. Inestabilidad política en ASES y el Gobierno y la influencia que pudo haber tenido en el flujo de documentos solicitados y de las entrevistas realizadas.

En los siguientes capítulos se detalla la caracterización del marco institucional y el resultado de este analizado desde la relación contractual. En el caso de la relación agente-principal, se dilucidan las siguientes categorías generales: temporalidad del contrato, flexibilidad, cobertura de servicios, evaluaciones requeridas, incentivos previstos, acceso y calidad. Los capítulos subsiguientes dan cuenta de las interacciones entre actores clave y el impacto de la toma de decisiones en la prestación de servicios de salud en Puerto Rico.

## **SECCIÓN II**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

La sección anterior abordó la contextualización del tema, el problema de investigación, la estrategia metodológica y el marco teórico. Lo discutido en estos apartados presenta el enfoque de la investigación y las bases sobre las cuales se analizan los resultados. En esta sección, se presentan cuatro capítulos, en los cuales se discuten y analizan los resultados de la investigación. Cada capítulo tiene como meta responder a los objetivos específicos de este estudio, a saber:

- Describir el marco institucional (reglas de juego) e identificar las transformaciones principales entre el Estado y las entidades privadas en el proceso de formulación, aprobación e implementación de la reforma de salud.
- Examinar el resultado institucional acordado por los actores estratégicos en relación con el nuevo modelo del sistema de salud.
- Analizar las decisiones de los actores estratégicos y su incidencia en la prestación de los servicios de salud.
- Establecer las implicaciones para el sistema de salud del país en relación con el acceso y la calidad de los servicios.

En términos de estructura, cada capítulo tiene una introducción en la cual presenta el objetivo al que responde. Además, se expone cómo es el abordaje de los temas y categorías de análisis y se detalla la estrategia metodológica utilizada para la recopilación de la información. Esto incluye los documentos analizados y las entrevistas realizadas. Al final de cada capítulo, se añade una recapitulación de los hallazgos más significativos; se integra un análisis breve que permite una aproximación a las eventuales conclusiones de este estudio.

## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO INSTITUCIONAL Y TRANSFORMACIONES PRINCIPALES EN EL SISTEMA DE SALUD DE PUERTO RICO**

En este capítulo se presenta el resultado institucional acordado por los actores estratégicos en relación con el modelo de salud implementado a partir del año 1993. Corresponde al objetivo 1 de esta investigación: caracterizar el marco institucional como parte de la reforma e identificar las transformaciones principales entre el Estado y las entidades privadas en el proceso de formulación y aprobación de la reforma.

Se incluye una descripción detallada de las dinámicas sociopolíticas del sistema de salud en Puerto Rico previo a la implementación de la reforma, el contexto en el cual se gestan las propuestas para el cambio del sistema de salud y el resultado contenido en la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993. Por otro lado, se realiza un análisis del modelo institucional prevalenciente, los cambios realizados y su impacto en términos del alcance de los objetivos de la Ley y la garantía de los derechos humanos desde la política pública de salud.

Para este capítulo, como parte de la estrategia metodológica, se realizó un análisis documental y entrevistas a informantes clave. Como fuentes de información se incluyó literatura de autores e investigadores reconocidos del tema de la salud en Puerto Rico. Además, se analizó la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993 con las enmiendas contenidas hasta el 2018, el Reglamento General de ASES, comunicados oficiales de la Administración de Seguros de Salud (ASES) y evaluaciones hechas por organismos oficiales.

## **1. Dinámicas sociopolíticas de los actores públicos y privados previas a la reforma de salud**

A finales de la década de los años setenta, los países desarrollados como Estados Unidos de Norteamérica comenzaron a dar indicios de una crisis financiera. Ello provocó que se comenzaran diversos procesos de reformas del Estado desde el paradigma neoliberal. Este paradigma “considera que la crisis económica es resultado de la crisis del Estado que, a su vez, tiene tres aspectos: una crisis fiscal, una del modo de intervención y una de la forma burocrática de administración” (Bresser Pereira, 1996; citado en Fleury, 2002, p. 2). Según Fleury (2002), se debatieron dos posiciones estratégicas a asumir dentro de las reformas del Estado:

Por un lado los identificados como neoliberales, que defienden la reducción del Estado al mínimo, sustituyendo al mismo por el mercado, aunque eso implique pérdida de derechos sociales y por el otro lado, los que se auto-identifican como sociales-liberales que defienden un Estado fuerte y ágil, que asegure los derechos sociales, aunque por intermedio de organizaciones competitivas no estatales. (p. 2)

La reforma del Estado en Puerto Rico se observa enmarcada en las corrientes liberales en el plano político que implicaron pérdida de derechos sociales. Entre otras instancias, esta estrategia quedó impregnada en la política del sector salud, particularmente al pasar de un sistema público de salud disponible para toda la ciudadanía, a la delegación de la administración y la privatización de la prestación de servicios de salud. La idea subyacente, y propia del paradigma de estas nuevas corrientes económicas y políticas, era la descentralización de los servicios para reducir el tamaño gubernamental y que los servicios de salud fueran costo-eficientes (Fleury, 2002; Franco Giraldo, 2014).

Desde el ámbito administrativo del Estado, los cambios allegados en la reforma del sector salud han acarreado, naturalmente, nuevos actores importantes. Para una adecuada interpretación de las transformaciones surgidas por la amplia “modernización” del Estado, se tiene que aclarar que más que una alteración al organigrama del Gobierno, se trata de un cambio en las relaciones entre diferentes actores y agentes económicos, políticos y administrativos (Fleury, 2002). Este cambio puede ser paulatino o por sucesión de movimientos más dialécticos (Alameida, 2005).

La transformación del sector salud en Puerto Rico se considera una reforma radical, pero integrada a la concepción de la historia, entendida como cambio y progreso. Es decir, que no necesariamente destruye el ordenamiento preexistente, si no que se vincula (Alameida, 2005, p. 10). En el caso de la reforma que se estudia, se parte de la premisa de la importancia del contexto histórico y se toman en consideración las dinámicas que permearon el proceso de conformación de la nueva institucionalidad.

Almeida (2005, p. 12) expone que fue justamente a finales del siglo XIX cuando el discurso científico-médico se imbricó con el ámbito social, emergiendo así el discurso de la salud pública y de la política de salud como un campo de acción específico del Estado. Posteriormente, se desarrolló la idea de bienestar social como una necesidad de atención colectiva y como parte de los objetivos esenciales del poder político. Es después de la Segunda Guerra Mundial cuando se comienza a adoptar la idea de la igualdad de oportunidades y acceso a los servicios con políticas basadas en la percepción de la salud como derecho, lo cual es el inicio de lo que eventualmente se concretó como el principio orientador de las reformas occidentales. En este punto, el Estado pasó a tener un rol de interventor y financiador de los servicios.

En consonancia con lo planteado, en Puerto Rico se fue desarrollando el sistema de servicios de salud, inicialmente público. Este tenía un alcance en toda la isla mediante los distintos niveles de atención y estaba basado en la noción amplia de bienestar social. Como parte de la contextualización, en la periodización histórica, que en adelante se detalla, se observa el desarrollo del sistema de salud en Puerto Rico, vinculando las actividades o eventos más significativos desde la realidad local y la de Estados Unidos. Los cambios que se perciben denotan que se alejan de los principios de las políticas con enfoque en derechos humanos. Se sustituye el rol del Estado como prestador de servicios, por uno de financiador y, con ello, se limitan sus posibilidades de representación de los intereses de la ciudadanía (Fleury, 2002).

El desarrollo del sistema de salud en Puerto Rico estuvo atado a la invasión de los Estados Unidos de Norteamérica a Puerto Rico en el año 1898.<sup>1</sup> Previo a este proceso,

---

1. En los antecedentes de esta investigación hay más detalles del acontecimiento.

cuando Puerto Rico estaba bajo el mando de la Corona española, se proveía asistencia médica a la población en una especie de hospitalillos municipales, complementados con servicios de organizaciones religiosas (Pérez, 2012). Una vez se instaló el nuevo gobierno, el sistema de atención a la salud continuó siendo municipal, pero, a su vez, comenzaba una expansión de los servicios, creación de organismos y agencias, así como construcción de hospitales y una profesionalización más amplia de los médicos. A modo de resumen del proceso de expansión, se detalla lo siguiente (Pérez, 2012, pp. 125-132; Rosselló, 2009, pp. 69-76):

- 1899: Creación de la Junta Superior de Sanidad Insular.
- 1902: Fundación de la Asociación Médica de Puerto Rico.
- 1903: Fundación del Tribuna Examinador de Médicos (hoy Junta Examinadora).
- 1904: Creación de la Comisión de Anemia, transformada posteriormente en el Instituto de Medicina Tropical de Sanidad Insular.
- 1912: Surge la Ley Orgánica que crea el Departamento de Sanidad (hoy Departamento de Salud).
- 1917: Se aprueba el Acta Jones que concede la ciudadanía americana a los puertorriqueños.
- Década de los años 1930 a 1940:
  - Surgen los hospitales de distritos de los municipios de Arecibo, Bayamón, Aguadilla, Ponce y Fajardo.
  - Se establecen unidades de salud pública en todos los municipios.
  - Se aprueba la Ley 22, la cual aún rige la práctica de la medicina en Puerto Rico, con sus respectivas enmiendas.
  - Comienza la planificación del sistema de salud regionalizado y la creación de la Escuela de Medicina de Puerto Rico.

- Se establece la PRERA (Puerto Rico Emergency Relief Administration y la PRRA (Puerto Rico Reconstruction Administration).<sup>2</sup>
- Se aprueba la Ley Federal Hill Burton, la cual proveyó los fondos para desarrollar un sistema médico-hospitalario integrado.
- Década de los años 1950 a 1960:
  - Se establece la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1952).
  - Se funda la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico.
  - Se comienza a desarrollar el sistema de salud regionalizado.
  - Bajo la Constitución del país, el comisionado de salud comienza a conocerse como secretario de Salud y se nombra el Departamento de Sanidad como Departamento de Salud (es así en la actualidad).
  - Surge la Aseguradora de Salud.
  - Surge el Medicare y Medicaid como enmiendas al Sistema de Seguro Social de EE. UU.
  - Surge el Centro Médico de Puerto Rico, y en las décadas siguientes continúa su expansión hasta considerarse como centro de atención de nivel terciario y supra terciario de Puerto Rico y el Caribe.
- Década de los años 1970 a 1980:

---

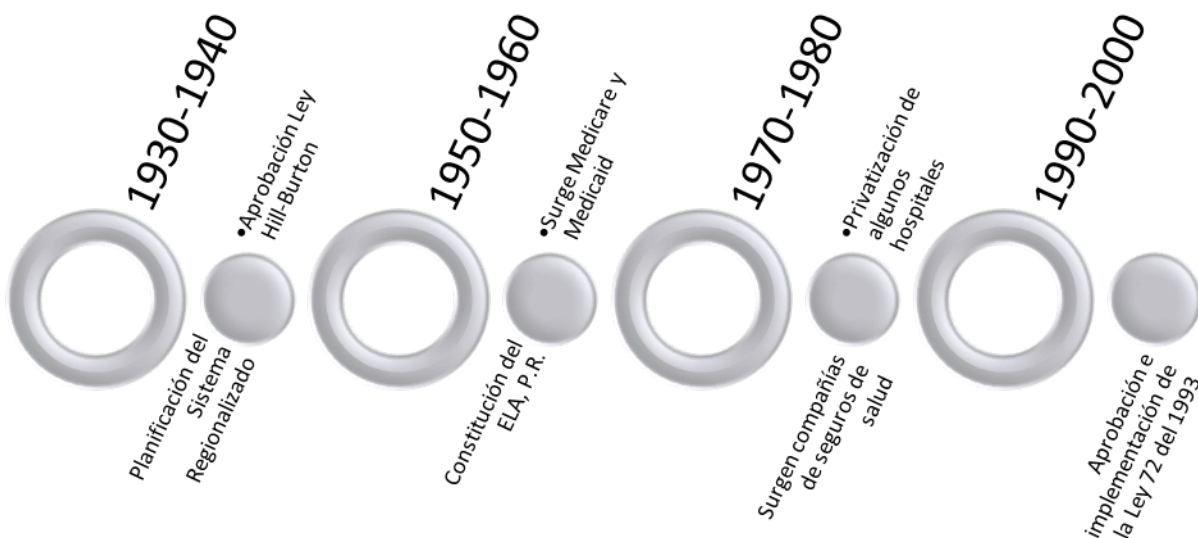
2. La PRERA y la PRRA fueron dos programas de “inyección económica” que se establecieron en Puerto Rico. Luego del huracán San Felipe en 1928, sumado a la gran depresión de los años treinta, las condiciones de salud, sociales y económicas se precarizaron aún más. Dentro del contexto que vivía Puerto Rico, se logró que la política del Nuevo Trato del presidente de EE. UU., Franklin D. Roosevelt, se extendiera a la isla (Vélez, Colón y Arroyo, 1994, p. 21). Estas agencias llegaron con el objetivo principal de mejorar la economía, pero para ello hubo un reconocimiento de que se debían mejorar las condiciones de salud de la población. Es entonces cuando comienzan programas de control de la natalidad, creación y construcción de hospitales y centros de atención en zonas rurales y campañas educativas masivas de control de enfermedades (Pérez, 2012, p. 127; Vélez, Colón y Arroyo, 1994, pp. 21-22).



- Se aprueba la Ley de los HMO (Health Maintenance Organizations).
  - Surgen múltiples compañías y planes de seguro de salud privados.
  - Se observa un aumento importante en los costos de los programas de salud.
  - Se crea la Ley 11, Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud en Puerto Rico (vigente).
  - Se creó la Administración de Facilidades de Servicios de Salud (AFASS) bajo la Ley 26 de 1975 (ley derogada en el año 1998. Las funciones fueron designadas al Departamento de Salud).
  - Se privatiza la administración de siete hospitales regionales y de área.
- Década de los años 1990:
    - Comenzó la venta de instalaciones primarias y hospitalarias del Gobierno de Puerto Rico a la empresa privada.
    - Comienza la reforma del sistema de salud bajo el modelo de cuidado dirigido (Manage Care).
    - Se prueba la Ley 72 de 1993, la cual creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Lo descrito provee una periodización de los acontecimientos dentro del marco social, político, económico e institucional que determinó el modelo de salud previo a la reforma y, a su vez, el proceso que conformó las bases estructurales de lo que, en los años noventa, se produjo como nuevo sistema. La figura 7 provee una síntesis de los acontecimientos destacados.

**Figura 7.** Síntesis de los acontecimientos destacados previo a la Ley 72 de 1993



Fuente: Elaboración propia.

En adelante, se describe con mayor detalle el modelo regionalizado, la entrada de leyes de seguridad social de EE. UU. a Puerto Rico y su impacto, la llegada de los planes privados de salud con fines de lucro y el primer intento de privatización del sistema de salud desde un acuerdo de actuación público-privado, conocido como las alianzas público-privadas (APP).

### 1.1 Modelo regionalizado de salud

El modelo público de salud, organizado y estratégicamente diseñado para cubrir las necesidades de la población puertorriqueña, fue establecido en los años cincuenta bajo la dirección del Dr. Guillermo Arbona, y se conoció como el sistema de salud regionalizado. Según Pérez (2012):

Dicho sistema se regía por los principios de salud pública, atendía las necesidades de salud del individuo, desde su concepción hasta su muerte. Enfatizaba en promover y mantener una buena salud, practicar sanos estilos de vida y medidas preventivas, propiciar

una vida saludable que retrasara las enfermedades inevitables del final de nuestras vidas.  
(p. 179)

En esta modalidad, todos los hospitales, instalaciones médicas, recurso humano y administración pertenecían y eran financiadas por el Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico en conjunto con los municipios del país. La atención principal se dirigía la población más pobre (denominada médico-indigente), pero las personas con capacidad de pago también podían beneficiarse. En la práctica era un modelo muy similar a un sistema de salud universal (Pérez, 2012).

El modelo de salud mantenía un sistema de niveles de atención, conocido también como cuidado coordinado: nivel primario (centros de atención en cada municipio), nivel secundario (hospitales en regiones), nivel terciario (hospitales en distritos, cuya atención se dirigía a aspectos especializados no cubiertos en las regiones), supra terciario (el Centro Médico de Puerto Rico, cuyos niveles de atención eran especializados y con disponibilidad de tecnología de alta sofisticación). El riesgo económico era asumido por el Gobierno.

Según Vázquez (2016), gran cantidad de los centros de salud (CDT's) tenían excelentes plantas físicas y mantenían abastos de medicamentos adecuados y suficientes para los pacientes. En cuanto a la calidad de la clase médica, este autor expone que tenía todo tipo de profesional, haciendo énfasis en que había buenos profesionales, regulares y malos. No obstante, resalta que, aunque el sistema no era perfecto y tenía su variabilidad en la infraestructura y la calidad de médicos, “todos los pacientes tenían acceso a los servicios de salud. Ningún paciente era rechazado en CDT's u hospitales” (p. 13).

Pérez (2012) afirma que este sistema fue reconocido mundialmente e incluso emulado por otros países que lo utilizaron como base para establecer un seguro de salud universal. Las características organizativas le daban un carácter abarcador en la práctica y a su vez era eficiente. Por ejemplo, este estaba conformado de forma tal que los servicios básicos quedaran a no más de 20 minutos de distancia del lugar de residencia de los usuarios y a no más de una hora de distancia para los servicios secundarios.

Mientras se conformaba y avanzaba la regionalización de la salud en Puerto Rico – bajo el dominio de EE. UU.–, en el ámbito político, tanto internacional como estatal, se estaban dando cambios importantes por considerar. En 1948, en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se firmó la Declaración de Derechos Humanos,<sup>3</sup> de 56 miembros en aquel momento, 53 firmaron el tratado. Uno de los firmantes fue Estados Unidos. Con esa firma, se asumió que Puerto Rico estaría protegido con la garantía del acceso a la salud como derecho humano, lo cual no fue así.

Esta declaración de derechos humanos de la ONU coincidió con la creación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ELA) y con la redacción de la Constitución de Puerto Rico. Dentro de dicho documento, en el borrador, se redactó la sección 20, basada en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Vázquez (2016) muestra que la Constitución de Puerto Rico fue considerada de avanzada y superior a la de EE. UU., ya que incluía los nuevos derechos sociales y económicos contenidos en declaraciones internacionales. La sección 20 de la Constitución del ELA establecía lo siguiente:<sup>4</sup>

**Sección 20. Derechos humanos reconocidos; deber del pueblo y del gobierno.**

El Estado Libre Asociado reconoce, además, la existencia de los siguientes derechos humanos:

- El derecho de toda persona recibir gratuitamente la instrucción primaria y secundaria.
- El derecho de toda persona a obtener trabajo.
- El derecho de toda persona a disfrutar de un nivel de vida adecuado que asegure para sí y para su familia la salud, el bienestar y especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.
- El derecho de toda persona a la protección social en el desempleo, la enfermedad, la vejez o la incapacidad física.

---

3. Adoptada y proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

4. Texto excluido de la Sección 20, en cumplimiento con las condiciones impuestas por el Congreso de los Estados Unidos de América para aprobar Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico conforme se dispuso en la Ley Pública 82-447, 66 Stat. 327 de 3 de julio 1952. La enmienda fue propuesta al electorado mediante la Resolución Núm. 34 de la Convención Constituyente de Puerto Rico del 9 de julio de 1952 y ratificada en referéndum celebrado el 4 de noviembre de 1952; con vigencia a partir del 29 de enero de 1953.

-El derecho de toda mujer en estado grávido o en época de lactancia y el derecho de todo niño, a recibir cuidados y ayudas especiales.

Los derechos consignados en esta sección están íntimamente vinculados al desarrollo progresivo de la economía del Estado Libre Asociado y precisan, para su plena efectividad, suficiencia de recursos y un desenvolvimiento agrario e industrial que no ha alcanzado la comunidad puertorriqueña.

El resultado de esta dinámica fue que puertorriqueños y puertorriqueñas se quedaron sin el derecho a la salud con garantía constitucional, porque EE. UU. revisó el escrito y solicitó que se eliminara dicha sección (Senado de Puerto Rico, 2015). Autores como Pérez (2012), Rivera (2018) y Vázquez (2016) afirman que esto fue un acto de mezquindad, de utilización desmedida del poder del colonizador al colonizado.

Luego de ese evento, el Gobierno de Puerto Rico continuó desarrollando y brindando servicios de salud bajo el sistema regionalizado. Pérez (2012), Rivera (2018) y Vázquez (2016) sustentan que, si bien el sistema regionalizado tenía muchos aspectos por mejorar, se trataba de un sistema ideal para la población. Ofrecía desde el cuidado preventivo hasta el curativo, desde el nacimiento y en continuo toda la vida, con centros hospitalarios cercanos a las comunidades y en niveles de atención que maximizaban los recursos disponibles.

Cerca del comienzo de los años noventa, el sistema regionalizado denotaba deterioro (Pérez, 2012). El deterioro, entre otros factores, estaba atado a la creciente crisis económica y a la percepción de que el sistema privado era mejor y debía ser accesible para los pobres (OPS, 2007). Los datos de la época reflejan que el costo de operar el sistema público estaba duplicándose cada cinco años; por ejemplo, entre 1974 y 1984 el aumento de gastos fue de un 17 % (Pérez, 2012, p. 131). Para el Departamento de Salud resultaba en una situación insostenible y en el país, de manera general, se hacía palpable el crecimiento de los servicios privados de mayor calidad que los públicos (Pérez, 2012; Rosselló, 2009).

El sistema de salud regionalizado funcionó hasta el mes de febrero de 1994. No se encontró registro de evaluaciones profundas sobre el impacto del servicio del cuidado médico bajo este sistema.

## 1.2 Dinámicas paralelas desde el sector privado

En la medida en que avanzó la industrialización, se introdujo la globalización, se ampliaron los avances tecnológicos y aumentó la demanda de servicios de salud privados. En la década de los años setenta y ochenta aún era muy difícil para los gobiernos asumir el gasto de los avances tecnológicos, pero para los seguros de salud privados se comenzaba a convertir en una buena inversión (Pérez, 2012).

En Puerto Rico, las aseguradoras privadas presentaron un auge a principio de los años setenta y esto coincidió con dos eventos importantes: (1) el desarrollo económico de la época postguerra que promovió que los patronos incluyeran como beneficio adicional seguros de salud privados; (2) la extensión del Medicare<sup>5</sup> del Gobierno Federal a Puerto Rico, que según Pérez (2012) “dio un empujón gigante al mercado de seguros de salud. Hospitales con fines de lucro, planes médicos, especialistas, avances tecnológicos y nuevos medicamentos se multiplicaron” (p. 107). En cuanto a la aprobación del Medicare, Vázquez (2016) considera que fue un acto de justicia por parte del Gobierno de los Estados Unidos, ya que permitió que un gran sector de la población de 65 años o más accedieran a dicha ayuda en la provisión de servicios médicos.

Por otro lado, y vinculado a la llegada de Medicare y Medicaid<sup>6</sup> mediante la Ley Hill-Burton, se propuso fortalecer el sistema de salud regionalizado. Según Vázquez (2012, p. 11), la Asociación Médica de Puerto Rico se opuso a dicho concepto, utilizando de referencia el sistema de EE. UU., el cual compraba los servicios de salud al sector privado y mantenía pólizas de salud para los pobres. En adelante, se construyeron varios hospitales privados con dichos fondos federales. El resultado de dichas dinámicas abonó a la creación de la reforma de salud.

---

5. Más detalles en los antecedentes de esta investigación en el Capítulo I.

6. Más detalles en los antecedentes de esta investigación en el Capítulo I.

## 2. Proceso de la reforma de salud en 1993

La reforma de salud de Puerto Rico se concretó el 7 de septiembre de 1993, cuando el Dr. Pedro Rosselló firmó la Ley 72. Según el propio exgobernador, doctor en medicina y gestor de dicha reforma, esta transformación del sistema respondió a un sinnúmero de factores. Carmen Feliciano, secretaria de Salud durante la implantación de la reforma, citada en Rosselló (2009, pp. 77-78), puntualizó las siguientes realidades que, según su análisis, permeaban en aquel momento:

- Existían dos sistemas de salud: uno para los pobres y otro para los ricos.
- El sistema de salud público era ineficiente, inefectivo e injusto.
- Ofrecía pocos servicios preventivos y presentaba ausencia de programas de promoción de la salud.
- El Departamento de Salud abandonaba sus funciones medulares de defensor y promotor de la salud.
- La infraestructura pública era crítica.
- En general, las condiciones de salud de la población eran pobres.

Por su parte, Pérez (2012) menciona que dicha reforma “se montó sobre la revolución de cuidado coordinado que estaba ocurriendo en ese momento en EE UU” (p. 180). Se trataba de la propuesta de Bill Clinton, quién entablaba conversaciones con congresistas para aprobar un cambio significativo en el sistema de EE. UU.<sup>7</sup> Este cambio, bajo el modelo de cuidado coordinado, de ser aprobado significaba una gran inyección económica para Puerto Rico. Según Pérez (2012), el gobernador, Dr. Pedro Rosselló, se adelantó a implementar dichos cambios en el país (sin tener el presupuesto) en el

---

7. Dentro de los cambios que Bill Clinton propuso, se encontraba la competencia en Manejo Dirigido, y se suponía que todos los estadounidenses estuvieran cubiertos por un plan de salud. Según Vázquez (2016) “esto no se logra, ya que los planes médicos tendrían que competir entre sí para reducir el costo de los servicios. Hubo oposición de las compañías aseguradoras, grupos conservadores y de la Asociación Médica Americana” (p. 15).

entendido de que cuando se aprobara tal reforma en EE. UU., se incluyera a Puerto Rico y se le asignaran los fondos.

Uno de los actores clave entrevistados describió lo siguiente:

Cuando Rosselló padre hace la Reforma de Salud en aquel momento, se pensaba que iba a venir el plan de Salud Universal de los Clinton que nunca se dio. Así que él quiso implantar el modelo que los Clinton querían implementar para el Modelo de Salud Universal en Estados Unidos. El modelo de Manage Care que en aquel momento era como una cosa nueva e innovadora. IC-03

Sin embargo, en 1994, la medida de Bill Clinton no prosperó. El Congreso nunca la aprobó y Puerto Rico no recibió los fondos esperados. Es entonces cuando el financiamiento principal de la reforma de salud provino del Fondo General del Gobierno, lo cual contribuyó al déficit económico en los años siguientes (Pérez, 2012, p. 181).

Rosselló (2009) expresó que el principio rector de la reforma fue “la eliminación de la injusticia social imperante, basada en la existencia de dos sistemas paralelos pero desiguales” (p. 79). Asimismo, menciona los siguientes pilares fundamentales:

- Dignidad humana: La salud como derecho inalienable.
- Necesidad: Todo aquel que necesite, tiene derecho a servicios de salud.
- Equidad: Eliminación de disparidades y barreras mediante igual acceso a todos.
- Protección: De la condición de salud individual y social.
- Solidaridad: De todos con los más vulnerables.
- Efectividad: Intervenciones apropiadas basadas en evidencia científica.
- Costo-eficiencia: Utilización de los métodos más eficientes según la evidencia.
- Beneficios mandatorios y variaciones adicionales.

A partir de estos pilares, se pretendía una meta final: “Que todo ciudadano y residente legal tuviera igual acceso a los servicios mediante un seguro de salud para todos” (p. 79).



La implementación de la reforma comenzó en Fajardo, la zona este del país. Según Pérez (2012), el avance geográfico en la implementación fue acelerado. Se observó una rápida puesta en práctica, y previo a las elecciones del 1996 (en las cuales el Dr. Pedro Rosselló era candidato a la reelección) ya la reforma se había implementado en siete de las diez regiones propuestas inicialmente (p. 182). En el año 2000, todo el país estaba cubierto con la reforma de salud, con un total de 1.4 millones de ciudadanos asegurados con el Plan de Salud del Gobierno.

Dentro de este proceso de implementación, los informantes clave dan cuenta de diversas dinámicas medulares para el desarrollo de la política. Sobre el establecimiento y proyección del establecimiento del Plan de Salud mediante la reforma, el IC-05 indica:

El plan de salud del Gobierno se estableció de forma que el Gobierno en vez de ser proveedor de servicio directo al paciente, tener médicos contratados, enfermeras, tener hospitales, se convirtiera en un ente que compra un seguro para su clientela, su población, sus asegurados. Y se creó una ley especial para allá para el 93.

Se establece la base de crear una administración independiente que caería bajo la sombrilla de Salud donde esa administración iba a manejar o administrar lo que era el plan de salud del gobierno, donde ellos iban a contratar como un intermediario que es la aseguradora, que es la que le va a comprar a los proveedores el servicio que se da en la población y ASES además de hacer ese contrato, supuestamente pues iba a llevar las estadísticas de los pagos, iba a hacer la evaluación de la calidad del servicio y ASES tenía su propio personal para trabajar esto y una Junta de Gobierno. IC-5

Otro de los informantes expresó:

Eso era algo nuevo, innovador y era supuestamente la tendencia de lo que venía. Así que eso es lo que se trata de hacer. Cuando se reparten las primeras tarjetas, que fueron en el área de Fajardo en la Región Este, pues a la gente le gustó tener una tarjeta y ser igual que los que tienen una tarjeta privada, así que se implementó mucho más rápido de lo que debía. IC-03

Sobre el financiamiento y otros recursos necesarios, el IC-05 menciona:

Sabemos que, durante ese periodo, estamos considerando del 90, 93 para acá pues ha habido muchos cambios. Hubo un periodo del 93 al 2000, donde en realidad hubo una situación económica buena de allá a acá. Ya del 2008 en adelante, hemos tenido unos problemas económicos fiscales que inciden sobre los servicios de salud definitivamente y a lo mejor desaceleran los posibles cambios para mejorar los servicios de salud. Que no es solo lo que uno se propone hacer sino con qué lo vas a hacer, qué recursos cuentas.

El IC-07 expone la interpretación sobre el modelo de mercado y la inclusión de entes privados, en el cual expone que estos últimos mantienen como prioridad sus intereses económicos por encima de la salud pública:

Lamentablemente es una gran mentira, es una gran mentira y como tantas otras cosas que está viviendo el país es una mentira convertida en política pública que ha hecho más ricos a unos sectores del país al costo de la miseria de otros. Y si quieres que lo especifique (...) las aseguradoras y todas esas camadas intermedias como son los PBM, los *brokers* (cabilderos), algunos administradores o que vendan productos que son para facilitar ese modelo basado en una industria con fines de lucro a expensas de la salud pública, ya sea de paciente o como los profesionales de la salud. IC-07

Otro de los entrevistados identifica dinámicas político-partidistas presentes al comienzo de la implementación de la reforma:

En el 93 comenzamos la reforma de salud en Puerto Rico y comenzamos en un modelo con las aseguradoras directamente, contratado por las aseguradoras. El modelo pues no era el mejor, ni era el peor. Lo que yo creo que ocurrió en ese momento es que se convirtió en un modelo con un toque político lógicamente, pues se incluyó en este modelo muchísima gente porque era atraer aquel voto que querían atraer. Eso pues ¿qué complicó? Que el presupuesto que teníamos pues se tuvo que diluir entre más socios de la reforma y, por lo tanto, el presupuesto que se asignaba a los grupos era un poco bajo. IC-08

El IC-05 presenta algunos aspectos positivos sobre el resultado del proceso de implementación de la reforma, pero a su vez destaca que no se realizaron evaluaciones durante dicho período:

En realidad, yo creo que, si ha sido un proyecto de tratar de conseguir una igualdad social para todos los ciudadanos de Puerto Rico, en cuanto a facilitar el acceso a servicios de salud y que fueran igual para todo el mundo y dentro de lo posible, de calidad. Sabemos que hay algunas áreas donde quizás la Reforma no ha llenado todos sus propósitos. Hay áreas que definitivamente todos pensamos que se pueden mejorar. La Reforma se implantó relativamente rápido en toda la isla según el plan inicial. Eso pues, no dio paso a que inicialmente se pudieran hacer muchos cambios porque al tratar de implementarlo rápidamente en toda la isla pues tú sigues el plan original y hubo que entonces virar para atrás a considerar cambios y cosas que se pudieran hacer para mejorarla. En general, yo lo veo como positivo, aunque no necesariamente sea la única razón por la cual en general la salud del pueblo mejorara. IC-05

De acuerdo con lo planteado, se percibe que el contexto en el cual se gesta la idea de la reforma cambió considerablemente al no aprobarse la reforma del sistema de salud de los EE. UU. Pese a la decisión del Congreso en aquel momento, en Puerto Rico continuaron los planes de reforma, aun en el entendido de que no contaban con los recursos fiscales.

Por otro lado, la implementación de la reforma de salud coincidió con la campaña de reelección a un segundo término del Dr. Pedro Rosselló, quien continuó utilizando dicha reforma como una promesa de campaña importante; este aludía a que debía continuar mejorando la salud del pueblo. Como se recoge en este estudio, no se mantuvo un proceso de evaluación en sus fases de implementación. Con respecto a Subirats (2008), en términos de una política pública, la posibilidad de mantener una retroalimentación a lo largo del proceso de implementación permite que no se exhiban fallas recurrentes e incluso se anticipen algunas deficiencias y atenderlas a tiempo.

## **2.1 Contenido de la reforma: Política pública y reglamento**

Como declaración principal y justificación para la creación de la Ley 72 del año 1993, según enmendada, la intención legislativa alude a que, previo a la reforma, existía la visión de que el Estado era el ente responsable de la salud de los ciudadanos. Además, expresa que a raíz de la ineficiencia del Departamento de Salud por factores como insuficiencia de presupuesto, costo de la nueva tecnología y la alta politización del ente rector, se deterioraron los servicios de salud que se brindaban previos al año 1993. Como consecuencia, se habían desarrollado dos sistemas paralelos y desiguales, entiéndase el público y el privado. La Ley expone que se creó una brecha de acceso y calidad de servicios de salud entre ciudadanos con capacidad de pago y los ciudadanos médico-indigentes, es decir, sin la capacidad de pagar servicios privados (1993, p. 2).

Por tal razón, se crea una corporación pública denominada Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (en adelante ASES o Administración) con plena capacidad legal para desarrollar las funciones que la ley le encomienda. El Gobierno de Puerto Rico declara que la política pública de salud es la siguiente: “La Administración gestionará, negociará y contratará con aseguradoras y proveedores de servicios de salud, para proveer a sus beneficiarios, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad” (Ley 72, 1993, p. 3).

El artículo IV, sección 1 de la Ley, destaca que: “La Administración tendrá existencia perpetua con personalidad jurídica independiente y separada de cualquier otra entidad,

agencia, departamento o instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico y estará regida por una Junta Directores” (1993, p. 5). El artículo IV, sección 2, menciona que los poderes y funciones otorgados a ASES están sujetos a la rectoría de la Junta de Directores. Las principales funciones y poderes otorgados a ASES, explícitos en la Ley y en el Reglamento General son los siguientes:

- Implantar planes de servicios médico-hospitalarios basados en seguros de salud.
- Negociar y contratar aseguradores públicos y privados, y organizaciones de servicios de salud, cubiertas de seguros médico-hospitalarios.
- Negociar y contratar directamente con proveedores de servicios de salud aquellos servicios que la Administración estime convenientes, considerando la capacidad y estructura de estas.
- Negociar la compra de medicamentos y el manejo de los beneficios de farmacia con terceros, según las circunstancias lo requieran, para la mejor administración de los fondos o servicios.
- Organizar alianzas y conglomerados de beneficiarios con el fin de representarlos en la negociación y contratación de sus planes de salud.
- Representar a otras entidades públicas y alianzas o conglomerados privados que lo interesen y así lo soliciten.
- Establecer una estructura administrativa y financiera que le permita manejar sus fondos y recaudos, administrar efectivo y realizar desembolsos.
- Solicitar, aceptar y recibir aportaciones federales, estatales, municipales y de cualquier otra índole.
- Negociar y otorgar toda clase de contratos, documentos y otros instrumentos públicos con personas y entidades jurídicas.

- Establecer en los contratos que suscriba con las aseguradoras o con los proveedores participantes, y organizaciones de servicios de salud:
  - La garantía del pago y la atención médico-hospitalaria que reciban sus beneficiarios, aunque esta se preste fuera del área de salud donde los beneficiarios residan, por razón de emergencia o necesidad imperiosa.
  - Los mecanismos de evaluación y de cualquier otra naturaleza que garanticen todos los aspectos que afecten, directa o indirectamente, la accesibilidad, calidad, control de costos y de utilización de los servicios, así como la protección de los derechos de los beneficiarios y proveedores participantes.
  - La actuación como pagador secundario del seguro médico contratado por la Administración, en caso de que la persona elegible a recibir servicios tenga otro seguro médico.
  - La prohibición de que un proveedor de servicios reclame directamente al paciente el balance que la compañía aseguradora no desembolsó por los servicios prestados en salas de emergencia, que como paciente no está obligado a pagar. La aseguradora está obligada a pagar el 100 % (cien por ciento) de lo estipulado en el contrato. Esto no incluye deducible.
- Ordenar a aseguradores, organizaciones de servicios de salud y proveedores participantes que suministren la información que la Administración estime necesaria para darle seguimiento al firme cumplimiento de esta Ley.
- Ordenar todos aquellos estudios que sean necesarios para cumplir con el mandato de esta Ley.
- Mantener una división de educación y prevención continua para la promoción, desarrollo, énfasis y fortalecimiento de actividades y adiestramientos a los proveedores participantes del Plan de Salud que implante y gestione la Administración.

- Imponer multas administrativas, hasta un máximo de veinte mil (20 000) dólares, por cada violación a cualquier aseguradora, organización de servicios de salud, proveedor de servicios, administrador de beneficios de farmacia o cualquier organización intermediaria contratada por aseguradoras, que viole cualquier disposición de esta Ley y de cualquier otra ley y sus reglamentos concomitantes, cuya implantación sea responsabilidad de la Administración. Asimismo, que incumpla con cualquier obligación asumida en virtud de los contratos otorgados con la Administración en cumplimiento de las responsabilidades otorgadas a esta por dichas leyes.
- Establecer un sistema informático electrónico seguro mediante el cual las aseguradoras y las organizaciones de servicios de salud puedan someter los documentos requeridos por la Administración, garantizando la confidencialidad de los expedientes y salvaguardando la privacidad de los beneficiarios.

### ***2.1.1 Junta de directores y Dirección Ejecutiva de ASES***

La Junta de directores de ASES se compone de once miembros. La sección 3, artículo IV, estipula que seis de los miembros serán *ex officio* y cinco nombrados por el gobernador de Puerto Rico con el consejo y consentimiento del Senado de Puerto Rico (Ley 72, 1993, p. 9). Estipula también que el gobernador nombrará al presidente de la Junta de directores de entre sus miembros, y esta, a su vez, seleccionará un vicepresidente y un secretario. El cuadro 14 resume la composición de la Junta en la actualidad, el término y las calificaciones requeridas.

**Cuadro 14. Composición de la Junta de directores ASES**

<b>Composición de la Junta de directores (once miembros)</b>		<b>Término</b>	<b>Calificaciones generales</b>
Miembros <i>ex officio</i> (seis)	1. Secretario de Salud  <b>Dr. Rafael Rodríguez Mercado</b> <b>Presidente de la Junta de directores</b>	Seis años cada uno y ocuparán sus posiciones hasta que sus sucesores sean nombrados.	No se especifica en la Ley.
	2. Secretario de Hacienda  <b>Sr. Franciso Parés</b>		
	3. Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)  <b>Sra. Suzanne Roig</b> <b>Directora ASSMCA</b>		
	4. Director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto  <b>Lic. Christian Sobrino</b>		
	5. Presidente del Banco Gubernamental de Fomento para Puerto Rico  *Este Banco está en proceso de cierre como agencia, como parte de la reestructuración gubernamental a raíz de la crisis fiscal.		
	6. Comisionado de Seguros  <b>Sr. Javier Rivera Ríos</b>		
Nombramiento fuera de las especificaciones de la Ley	Director Ejecutivo de la AAFAF <i>Puerto Rico Fiscal Agency and Financial Advisory Authority</i>  <b>Lic. Christian Sobrino</b>	*No se encontró información al respecto.	
Miembros nombrados (5)	1. Profesional competente en la industria de seguros  <b>Marcos A. Vidal Gámbaro</b> <b>Vicepresidente de la Junta de directores</b>	Los nombramientos originales serán uno por dos años, uno por cuatro años, y dos por seis años.	Personas de reconocida probidad moral.
	2. Proveedor competente dentro de la reforma de salud  <b>Dra. Lyselle V. Ramírez Coriano</b>		

	3. Médico primario, proveedor competente dentro de la reforma de salud		
	<b>Dr. Víctor Simons Félix</b>		
	4. Representante de los beneficiarios del seguro médico-hospitalario		
	<b>Sr. Domingo Nevárez Ramírez</b>		
	5. Representante del interés público. Este no podrá tener intereses ni podrá pertenecer a grupos ya representados en la Junta, ni podrá tener relaciones comerciales ni contractuales con instalaciones médico-hospitalarias, ni con la industria de seguros de salud, ni con proveedores de servicio de salud que no sean las de asegurador-asegurado, asegurador-reclamante, paciente-médico o paciente-hospital.		
	<b>Sr. Alexis Quiñones Martínez</b>		

Fuente: Elaboración propia. Basado en ASES, Junta de Directores (enero, 2020) y la Ley 72 (1993, pp. 9-11).

La Junta de directores tiene a su haber nombrar al director ejecutivo de ASES, quien es la persona responsable de velar por el buen funcionamiento de la Administración (Ley 72, 1993, p. 11). El artículo V, sección 2, establece como calificaciones para ocupar este puesto: “Deberá ser una persona de comprobada propiedad moral y reconocido peritaje en el área de la agencia de seguros de salud” (p. 12). Por otra parte, la Dirección ejecutiva, “tendrá todos los Poderes y facultades que le sean delegados por la Junta de Directores, incluyendo los que se enumeran a continuación, sin ánimo de limitarlos” (p. 12).

- Realizar las funciones necesarias y convenientes a la implantación de esta Ley de los reglamentos que se adopten en virtud de esta.
- Nombrar un subdirector con la aprobación de la Junta de directores. En caso de



ausencia o incapacidad del director ejecutivo, el subdirector le sustituirá y ejercerá todas sus funciones.

- Someter a consideración de la Junta de directores propuestas de reglamentos para regir los asuntos y actividades de la Administración y para establecer las reglas y normas necesarias para el cumplimiento de funciones y deberes de la Administración.
- Nombrar y contratar el personal de la Administración, fijar su remuneración conforme a los reglamentos de personal aplicable y al plan de retribución que establezca la Junta de directores.
- Establecer y mantener oficinas en el lugar o lugares que estime convenientes y necesarios para cumplir con los propósitos de este Ley, previa aprobación de la Junta de directores.

Como parte del análisis de esta investigación, a continuación, se muestran algunas observaciones sobre la conformación actual de la Junta de directores y de la Dirección ejecutiva. Por un lado, es preciso establecer que, de acuerdo con el Diagrama de la Estructura Funcional del Gobierno,<sup>8</sup> las corporaciones públicas responden directamente al Poder Ejecutivo. Por otro lado, es importante recalcar que las corporaciones públicas ejercen su poder a través de las Juntas directivas, por lo cual, la composición de las estas toma particular relevancia, partiendo del supuesto que, en principio, debe existir un balance de intereses/poder.

Como hecho, la Junta de ASES se conforma por miembros seis miembros *ex officio*, los cuales son nombrados por la rama ejecutiva del gobierno de turno y cinco nombrados por el gobernador de turno, quien es también la rama ejecutiva. De los últimos puestos, solo dos de ellos tienen vigencia de seis años, lo cual supone una permanencia más allá del gobierno en turno, pues las elecciones son cada cuatro años. La Ley no es explícita en cuanto a qué miembro estará nombrado por cuánta cantidad de años. Además, de los once miembros, solo dos representan el interés público. Queda establecido que no existe un balance adecuado, pues la presencia del Poder ejecutivo es abarcadora y puede atentar

---

8. Ver anejo 5. Estructura Funcional del Gobierno de Puerto Rico, 2017.

contra la autonomía deliberativa existente en dicho cuerpo. Por otro lado, se observa un sesgo hacia los intereses fiscales y privados, al tener solo dos miembros representando el interés público y no contar con representación de ninguna agencia pro bienestar del paciente, ni miembros de gremios representativos del sector salud, ni de la academia, entre otros grupos de interés ciudadano.

Durante la redacción de este estudio, el Lic. Christian Sobrino ocupa dos puestos en la Junta: ocupa el puesto que exige la Ley como director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto y, a su vez, un segundo puesto como director ejecutivo de AAFAF. De acuerdo con lo investigado, se entiende que esta última posición la ocupa el Lic. Sobrino a raíz del cierre del Banco Gubernamental de Fomento (BGF), entidad que por Ley debe ser parte de la Junta de ASES. No se han encontrado registros que indiquen el proceso de designación de la AAFAF como entidad suplementaria al BGF, ni reglamentos o disposiciones que indiquen cómo se afecta el proceso de toma de decisiones y las medidas cautelares, temporeras o permanentes para cumplir con el principio de constatación de *quorum* y del voto afirmativo requerido para los acuerdos o determinaciones.

El artículo IV, sección 8, de la Ley 72 establece que:

- (a) La Junta de Directores celebrará reuniones ordinarias por lo menos una vez al mes y podrá celebrar todas aquellas reuniones extraordinarias que sean convocadas por su presidente o que sean solicitadas por una mayoría de los miembros de la Junta.
- (b) La mayoría de los miembros de la Junta de Directores constituirá quórum para las reuniones. Todo acuerdo o determinación de la Junta requerirá el voto afirmativo de por lo menos cinco (5) miembros. La función de cada miembro de la Junta, así como su asistencia a las reuniones, será indelegable.

Este hallazgo valida el planteamiento sobre el balance de intereses en la toma de decisiones, así como la falta de transparencia en los procesos.

Otro aspecto importante dentro de las obligaciones generales de las corporaciones públicas, enmarcado en las nuevas formas de gobernanzas y la exigencia de transparencia total de los procesos, es que la Ley 159-2013 establece que las juntas directivas deben transmitir en vivo sus reuniones vía Internet (con algunas excepciones previamente establecidas). Estas deben habilitar un enlace electrónico para ello, notificar al público de

toda reunión con 48 horas de anticipación y guardar las grabaciones en un archivo digital con acceso público (Oficina del Contralor de Puerto Rico, 2019). En la página electrónica de ASES no se da cuenta con el cumplimiento de esta Ley y tampoco se encontró alguna otra página web o enlace que refiera lo descrito.

En relación con la Dirección ejecutiva, en el mes de febrero de 2017 el gobierno de turno nombró a la Sra. Ángela Ávila como directora de ASES. Ávila era empleada regular de ASES, con 19 años de experiencia en la agencia, y desde enero de 2017 fungía como directora interina (Fortaleza, 2017). Esta funcionaria renunció a sus funciones el 25 de junio de 2019, con efectividad inmediata (Metro Puerto Rico, 25 de junio de 2019). Su renuncia ocurre en medio de noticias que destacaban los medios de comunicación, las cuales indicaban que Ávila era objeto de una investigación por parte del Gobierno Federal. Semanas más tarde, específicamente el 9 de julio de 2019, la Corte de los EE. UU., Distrito de Puerto Rico, emite la acusación formal No. 19-431, en la cual indica que la Sra. Ángela Ávila, junto con otros funcionarios públicos, conspiraron para cometer fraude y robo de fondos públicos en ASES para beneficio propio. La Sra. Ávila fue arrestada junto al Sr. Alberto Velázquez Piñol, consultor externo del Gobierno. El pliego acusatorio No. 19-431 detalla todas las actividades que formaron parte del fraude cometido en ASES. En resumen, trata de lo siguiente:

- Se divulgó información interna del Gobierno a personas no gubernamentales con el fin de ayudar a empresas y personas particulares a obtener contratos gubernamentales.
- En ocasiones, los contratos gubernamentales existentes fueron cancelados o rescindidos para otorgar contratos de reemplazo o sustitutos a proveedores respaldados y promovidos por individuos con influencia en el Gobierno.
- Los funcionarios gubernamentales actuaron en función de la afiliación política de los contratistas propuestos.
- Se aprobaron contratos a empresas privadas que, a su vez, pagaron comisiones a personas vinculadas al gobierno de turno y que tuvieron acceso a información

interna de ASES. El monto de los contratos fluctuó entre 130 mil dólares hasta contratos de poco más de 1 millón de dólares.

- Los funcionarios gubernamentales permitieron a personas no gubernamentales ejercer autoridad sobre los funcionarios del ASES. Esta acusación está vinculada directamente a actos cometidos por el Sr. Velázquez Piñol, quien incluso asistía a reuniones de la Junta de directores de ASES, sin ser miembro ni empleado del Gobierno. De acuerdo con González (2019), en respuesta a cuestionamientos de la Comisión del Salud del Senado de Puerto Rico, las aseguradoras First Medical, MMM, Molina Healthcare, Plan de Salud Menonita y Triple-S, se afirma que Velázquez participó del proceso de contratación de las aseguradoras que gestionan el Plan de Salud del Gobierno.

En adición, según González (2019), las autoridades federales también están indagando sobre el proceso de selección de las aseguradoras que están prestando los servicios de salud en Puerto Rico. De acuerdo con la información publicada, de las cinco aseguradoras que componen el sistema de prestación de servicios de salud actual, dos de ellas indicaron que una aseguradora tuvo información privilegiada y trato preferencial en el proceso de someter las propuestas a ASES (González, 2019; Suárez, 2018). Esta investigación continúa su curso en la Corte Federal. No obstante, se debe señalar que ha provocado inestabilidad, falta de credibilidad y transparencia en ASES. También ha generado que el Gobierno Federal solicite mayores controles, examine los contratos entre ASES y las aseguradoras y mantenga una alerta sobre el presupuesto, ya que puede detener el desembolso de fondos o ajustar las partidas en cualquier momento.

El impacto de lo mencionado es a corto y a largo plazo. De inmediato, a nivel administrativo ha provocado dilación en los procesos de aprobación de nuevos contratos, lo cual podría afectar la prestación de servicios. El requisito de rendir nuevos informes sobre la utilización del presupuesto y de los servicios brindados a los beneficiarios, significa una carga administrativa adicional para los grupos de médicos primarios. Estos grupos ya tienen a su cargo el manejo del presupuesto y cuidado médico del paciente, porque así lo dispone el modelo de prestación de servicios.

A largo plazo, los controles fiscales pueden ser mayores. Esto implicaría que se afectan las aseguradoras –y toda la cadena subsiguiente– al no tener flujo del pago de sus facturas, sobre todo aquellas empresas que son locales, como Menonita Health Plan. En los últimos meses, ASES estuvo dirigida de manera interina por la Sra. Yolanda García Lugo. En diciembre de 2019, el Dr. Jorge Galva fue confirmado por la Junta de directores como director ejecutivo en propiedad (Fortaleza, 2019).

### ***2.1.2 Financiamiento del Plan de Salud del Gobierno***

Sobre el financiamiento del Plan de Salud del Gobierno (en adelante PSG), es importante señalar algunos aspectos. ASES tiene la autorización para incurrir en préstamos y obligaciones financieras de todo tipo; además, tiene autorización para utilizar líneas de crédito, según sean aprobadas por la Junta de directores. La Ley 72-1993, en el artículo IV, secciones 2-A y 2-B, indica lo siguiente:

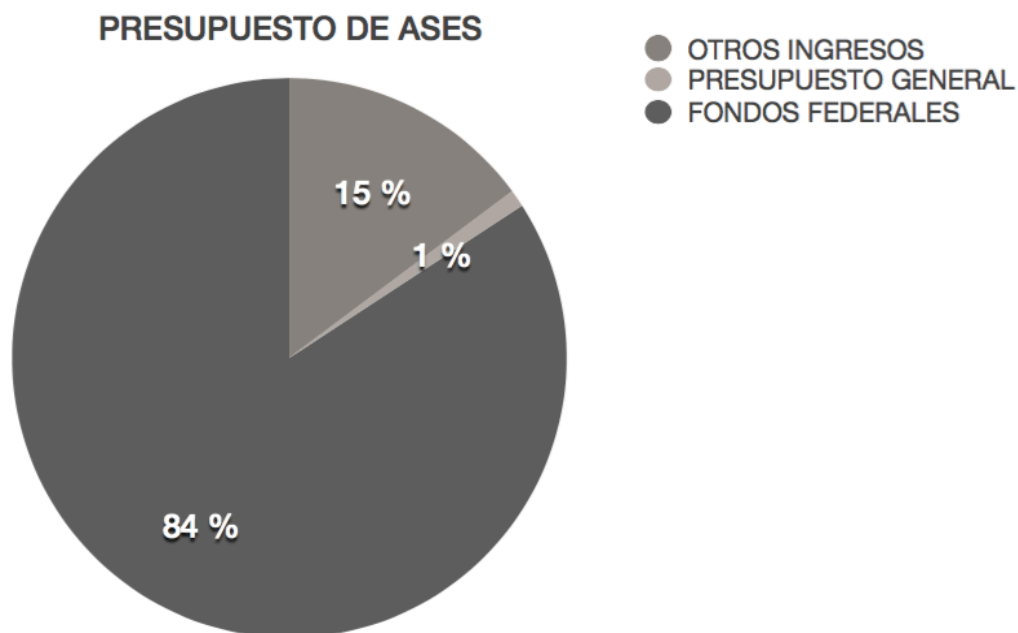
Se autoriza a la Administración a tomar prestado, a incurrir en obligaciones y préstamos financieros de todo tipo, hasta la suma principal que no exceda de cuatrocientos millones de dólares (\$400,000,000.00) bajo aquellos términos y condiciones que sean aprobadas por la Junta de Directores de la Administración y el Banco Gubernamental de Fomento, en su capacidad como agente fiscal del Gobierno de Puerto Rico y sus instrumentalidades. El dinero proveniente de las obligaciones antes indicadas, solo podrá ser utilizado para el pago de deudas con las aseguradoras y proveedores de servicios de salud, así como otros suplidores de la Administración.

Se autoriza a la Administración a incurrir en obligaciones mediante una línea de crédito rotativa, préstamo a término o cualquier otra facilidad de crédito por la cantidad que determine la Junta de Directores de la Administración y apruebe el Banco Gubernamental de Fomento para Puerto Rico. La misma solo podrá ser utilizada para el pago por servicios a las compañías aseguradoras o proveedores de servicios de salud, así como cualquier gasto de financiamiento. (pp. 7-8)

Conforme a la página oficial del Gobierno de Puerto Rico, el presupuesto consolidado de ASES para el año fiscal 2018-2019 asciende a \$2 809 313 000. De estos, \$25 548 000 provienen de la Resolución Conjunta del Presupuesto General; \$396 115 000 de otros ingresos y \$2 387 650 000 de fondos federales. El Presupuesto General incluye \$25 235 000 para gastos de funcionamiento y \$313 000 para el pago de nómina y costos relacionados (gráfico 1). Los otros ingresos provienen de las aportaciones del Centro de Recaudaciones de Ingresos Municipales (CRIM), descuentos de farmacia (“rebates”) y de

las aportaciones patronales a los empleados públicos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno. Los fondos federales provienen de las aportaciones del Medical Assistance Program (Medicaid: XIX) y Children Health Insurance Program (CHIP).

**Gráfico 1. Distribución porcentual del presupuesto ASES**



Fuente: Elaboración propia.

### ***2.1.3 Contratación de planes de seguros de salud***

El objetivo principal de la creación de ASES, como esta expresado en la Ley, es autorizar a esta entidad para contratar aseguradoras u organizaciones de servicios de salud que presten los servicios requeridos a la población y cumplan con los requisitos establecidos para hacer negocios de salud en Puerto Rico. El cuadro 15 resume las secciones dispuestas, consideradas fundamentales para esta investigación, y contenidas en el artículo VI de la Ley.

**Cuadro 15. Consideraciones generales sobre la contratación de planes de seguro**

<b>Descripción de la sección en la Ley</b>	<b>Contenido general</b>	<b>Especificaciones</b>
1: Selección de planes de seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionará planes de salud para una o más áreas geográficas, luego de determinar que existen en dichas áreas geográficas las condiciones necesarias para asegurar el acceso a servicios de salud de calidad dentro de un marco de costo-efectividad.</li> <li>• La demarcación territorial podrá considerar a todo Puerto Rico como una sola área o región.</li> <li>• La Administración, al calificar a las aseguradoras, deberá tomar en consideración la solvencia y recursos administrativos y operacionales de estas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para determinar la demarcación territorial por áreas o regiones se contará con la participación de un número mínimo de aseguradoras que la Administración haya previamente calificado para que se garanticen la competencia en el costo de la prima y la calidad de los servicios.</li> <li>• Antes de determinar que todo Puerto Rico es una sola área, la Administración deberá llevar a cabo un estudio para determinar la viabilidad de establecer una sola área, así como las ventajas y desventajas de ello para la estabilidad y fortalecimiento del Plan de Salud, de suerte que se pueda fortalecer verdaderamente la libre selección y el acceso a servicios de calidad para los beneficiarios.</li> <li>• El Departamento, a través de la Oficina de Asistencia Médica (OAM), identificará y certificará las personas elegibles a los servicios conforme a su nivel de ingreso y a su elegibilidad para recibir beneficios de salud estatales y federales.</li> </ul>
2: Contratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Administración contratará seguros de salud para el área o áreas establecidas con uno o más aseguradores u organizaciones de servicios de salud autorizados a hacer negocios de seguros de salud en Puerto Rico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Administración será la responsable de fiscalizar y velar por la capacidad y efectividad de cumplimiento de estas organizaciones, además de contratar los servicios de terceros para tales fines.</li> <li>• El director ejecutivo será la persona designada para evaluar</li> </ul>

		y contratar con los proveedores de servicios de salud.
3: Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los residentes de Puerto Rico podrán ser beneficiarios del Plan de Salud que se establece por la implantación de esta Ley, siempre y cuando cumplan con los requisitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los beneficiarios serán identificados y certificados por el Departamento de Salud.</li> </ul>
4: Discriminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún asegurador u organización de servicios de salud bajo esta Ley podrá emitir tarjetas de identificación diferentes a las que provee a otros asegurados bajo planes de cubierta similares, salvo que la Administración así lo autorice o requiera.</li> <li>• Ningún proveedor participante o su agente podrá inquirir en forma alguna sobre la procedencia de la cubierta del Plan de Salud, para determinar si una persona es beneficiaria del plan que esta Ley crea.</li> </ul>	
5: Deducibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Administración establecerá en los contratos con los aseguradores u organizaciones de servicios de salud la prima acordada con estos.</li> <li>• Establecerá en los referidos contratos la cantidad que corresponda como pago de deducibles y coaseguro, conforme al nivel de ingresos y capacidad de pago del beneficiario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para propósitos de estructurar y fijar el costo o prima, los aseguradores u organizaciones de servicios de salud considerarán al grupo de beneficiarios de estos planes de seguro de salud como una unidad independiente de sus otros grupos de beneficiarios, y mantendrán un sistema de contabilidad separado para ellos.</li> <li>• Los proveedores de servicios de salud que contraten con la Administración no podrán reducir los beneficios o afectar la calidad de estos para atender pacientes no cubiertos por el Plan de Salud que se autorice.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia. Basado en la Ley 72 (1993, pp. 9-11).



#### ***2.1.4 Definición de beneficiarios y requisitos de elegibilidad***

Se presenta en detalle este apartado, ya que no se encontró una definición clara sobre cuáles personas son elegibles a utilizar el PSG. La Ley provee una definición limitada y el reglamento, por su parte, expone lo siguiente:

Pueden ser calificados como individuos elegibles al seguro de salud estatal, a tenor con la Ley Núm. 72 los siguientes individuos: (1) las personas o familias que hayan sido certificadas, ya sea completa o parcialmente, como individuos médico-indigentes por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud (incluyendo cohabitantes y dependientes sustanciales); (2) todos los beneficiarios que por disposición legislativa puedan beneficiarse de las actividades de la administración y se les cobije bajo las disposiciones de la Ley Núm. 72.

El Departamento de Salud identificará y certificará a la Administración los individuos elegibles a los servicios conforme a su nivel de ingreso y la elegibilidad de estos para recibir beneficios de salud, de acuerdo a las leyes y regulaciones estatales y federales vigentes. (pp. 20-21)

El Departamento de Salud, en su página electrónica, desde el Programa de Asistencia Médica (Medicaid) indica los requisitos e información requerida para solicitar el PSG; sin embargo, no detalla cómo se evalúa al solicitante, ni tienen publicadas las tablas socio-económicas de determinación de elegibilidad. El cuadro 16 permite conocer los requisitos detalladamente.

**Cuadro 16. Requisitos e información requerida para solicitar el PSG**

¿Quién puede solicitar?	Toda persona puede solicitar voluntariamente y ser evaluado en las oficinas locales.
Documentos que debe proveer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tarjeta de identificación con foto (ej. licencia de conducir, tarjeta electoral).</li> <li>2. Original y copia de la tarjeta de Seguro Social (de todos los integrantes de la unidad familiar).</li> <li>3. Si recibe ingreso por Seguro Social: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Copia del cheque (de todos los integrantes de la unidad familiar que reciban Seguro Social).</li> <li>b. Si es a través de depósito directo a su banco, copia del estado de cuenta.</li> <li>c. Puede también entregar copia de la carta que le envía la administración del Seguro Social a comienzo del año.</li> </ol> </li> <li>4. Si recibe ingreso por concepto de pensión (retiro, veteranos, militar o incapacidad): <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Copia del cheque o talonario.</li> <li>b. Si es a través de depósito directo a su banco, copia del estado de cuenta.</li> </ol> </li> <li>5. Copia del certificado de matrimonio (si aplica).</li> <li>6. Evidencia de estudios de los menores que vivan en el hogar.</li> <li>7. Recibo de agua, luz o teléfono.</li> <li>8. Si existe divorcio o separación, debe presentar evidencia de ello.</li> <li>9. Si extranjero, debe presentar evidencia de ciudadanía americana o residencia legal.</li> </ol>
Información que debe brindar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si recibe ingresos a través de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo (ya sea por patrono, cuenta propia u ocasional).</li> <li>• Seguro Social.</li> <li>• Pensión.</li> <li>• Ayuda de un familiar.</li> <li>• Otro.</li> </ul> </li> <li>2. Si se encuentra embarazada.</li> <li>3. Si tiene gastos de medicamentos.</li> <li>4. Si posee algún Plan Médico, segunda propiedad o cuenta de ahorro.</li> <li>5. Puede ser que se requiera algún documento o información adicional a los aquí mencionados, de acuerdo con su situación socio-económica.</li> </ol>
Determinación de elegibilidad	<p>Para poder atender su solicitud de beneficios y ser evaluado conforme a las normas y procedimientos vigentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acuda a su cita el día y a la hora correspondiente.</li> <li>2. Llegue a su cita con 15 minutos de anticipación.</li> <li>3. Asegúrese de traer a la cita todos los documentos que le fueron</li> </ol>

	solicitados.
Sus deberes y responsabilidades	<p>Una vez usted sea evaluado como elegible:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usted tiene la responsabilidad de presentar todos los documentos que se le solicitaron y proveer toda la información necesaria para realizar la determinación de elegibilidad.</li> <li>2. Usted tiene la responsabilidad de acudir a la oficina del Programa Medicaid (PSG), siempre que sea citado con el fin de clarificar cualquier situación que surja sobre su caso.</li> <li>3. Es su deber mantener al día su certificación al Plan de Salud del Gobierno (Mi Salud). Acuda a su cita de re-certificación.</li> </ol>

Fuente: Elaboración propia. Basado en el Departamento de Salud (2020).

### ***2.1.5 Cubierta del Plan de Salud***

La Ley 72-1993 indica que mantendrá una cubierta de beneficios amplia, con un mínimo de exclusiones, la cual se revisará constantemente (pp. 16-17). Contrario a los planes de seguro de salud privados, se establece que “no habrá exclusiones por condiciones preexistentes, como tampoco períodos de espera, al momento de otorgarse la cubierta al beneficiario” (p. 16).

En el cuadro 17 se presenta la cubierta de beneficios general que expresa la Ley. Esta mantiene tres grandes áreas que pueden clasificarse desde el primer nivel de atención con servicios médicos preventivos, hasta niveles de atención continua para condiciones y enfermedades crónicas o terminales.

**Cuadro 17. Cubierta y beneficios mínimos del PSG**

<b>Cubierta A</b>	<b>Cubierta B</b>	<b>Cubierta C</b>
Servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, vacunaciones y tratamientos para el virus del Papiloma Humano, estudios, pruebas y equipos para beneficiarios que	La cubierta de los servicios hospitalarios estará disponible 24 horas al día todos los días del año.	Servicios de Salud Preventivos como vacunación de niños y adolescentes hasta los dieciocho 18 años de edad, vacunación contra la influenza y pulmonía de personas mayores de 65 años de edad o niños y adultos con enfermedades de alto riesgo como enfermedades pulmonares, renales,

requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida (y diversos servicios asociados a la condición), laboratorios, rayos X, así como medicamentos mediante prescripción médica.		diabetes y del corazón, entre otras. Visita al médico primario para examen médico general una vez al año. Exámenes de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, según las prácticas aceptables. Sigmoidoscopia en adultos mayores de 50 años a riesgo de cáncer de colon, según las prácticas aceptables. El suministro de un monitor de glucosa cada 3 años y un mínimo de 150 tirillas y de 150 lancetas cada mes para pacientes menores de 21 años de edad diagnosticados con diabetes <i>mellitus</i> tipo I por un especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología. Evaluación y tratamiento de beneficiarios con enfermedades conocidas.
--	--	--

Fuente: Elaboración propia. Basado en Ley 72 (1993, pp. 17-18).

En las exigencias de la Ley, se responsabiliza al médico primario como el profesional de la salud encargado de hacer la evaluación y el tratamiento inicial de los beneficiarios. El beneficiario tiene derecho a seleccionar a su médico primario, pero este debe estar dentro de la red de proveedores que establezca la aseguradora contratada. El artículo VI, sección 6, de la Ley afirma que:

Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Así mismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios. Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios. (p. 18)

En cuanto a los medicamentos, la sección 6 del artículo VIII indica que ASES tiene la autorización de “realizar las subastas necesarias, conforme a su propia reglamentación, para la compra de medicamentos y productos médicos. Los medicamentos y productos

médicos serán aquellos publicados en los propios formularios establecidos por la Administración” (pp. 29-30).

### ***2.1.6 Derechos de los beneficiarios***

Sobre los derechos de los beneficiarios, el artículo VI, sección 14, de la Ley 72 (1993, p. 22) anota lo siguiente:

- Recibir los servicios médicos de calidad cuando los necesiten.
- Fácil acceso a los servicios médicos.
- Seleccionar su organización de cuidado de salud.
- Seleccionar su médico primario o de cabecera.
- Seleccionar, en conjunto con su médico primario, su médico especialista.
- Cambiar su médico primario o su organización de cuidado de salud.
- Que no se le nieguen los servicios bajo la cubierta.
- Acceso fácil e inmediato a servicios de emergencia.
- Recibir la educación e información necesarias para conocer todos los beneficios que ofrece el seguro de salud.
- Que no se discrimine en su contra.
- Iniciar un procedimiento formal de querrela ante el asegurador si tiene una queja o preocupación sobre los servicios de cuidado de salud que le son ofrecidos bajo el Plan.
- Apelar cualquier determinación final de la aseguradora ante la Administración.

- Seleccionar su farmacia y laboratorio.

En relación con la selección de médicos primarios y cambios de grupos, el Reglamento General de ASES indica que el beneficiario puede elegir su médico y grupo primario siempre que se encuentre dentro de la red contratada por la aseguradora (p. 22). La aseguradora, por su parte, puede sugerir a los pacientes sobre el médico y grupo a seleccionar, pero no puede obligarlos a seleccionar alguno en particular. El beneficiario tiene derecho a solicitar cambios de médicos y de grupos, cumpliendo con las estipulaciones de causas y temporalidades que indica el Reglamento General.

#### ***2.1.7 Disposiciones establecidas para la red de proveedores***

El Reglamento General de ASES apunta que las aseguradoras contratadas, así como los manejadores de beneficios de farmacia, deben cumplir con las regulaciones estatales y federales aplicables. En el caso particular de las aseguradoras, el Reglamento General, en el artículo 12, se refiere a que deben tener una red de proveedores competentes que brinden los servicios para los cuales fueron contratados. Al establecer la red deben tomar en consideración el perfil demográfico de la población a servir, las características geográficas del área, el perfil de los proveedores con los que cuenta, las facilidades disponibles, la proporción de beneficiarios vs. proveedores, las proyecciones de servicios a utilizarse y los costos (p. 33).

Como parte del control y calidad “las aseguradoras podrán desarrollar guías y establecer medidas que les permitan mantener unos servicios de salud de calidad, como también controlar los costos de estos, sin que dicha consideración sea en detrimento a la calidad” (Reglamento General, p. 34).

#### ***2.1.8 Informes requeridos y fiscalización***

Se establece mediante la Ley que los informes requeridos a ASES deben entregarse dentro de los noventa días siguientes al cierre de cada año fiscal y deben incluir lo siguiente: un resumen de la labor realizada durante el año fiscal, copia de los contratos otorgados para

los servicios de salud, así como un plan de trabajo, incluyendo proyectos y actividades específicas para el año subsiguiente y los estados financieros auditados de acuerdo con los principios de contabilidad aceptados generalmente para los organismos gubernamentales (Ley 72, 1993, p. 24).

En cuanto a las aseguradoras, la Ley indica que “dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, cada asegurador someterá a la Administración, un informe estadístico de sus actividades” (Ley 72, 1993, p. 24). Los informes que se detallan en la Ley, en efecto, requieren datos estadísticos epidemiológicos y de servicios de primer nivel de atención.

En el Reglamento General, el artículo 11, indica que ASES hará evaluaciones anuales a las aseguradoras y a las organizaciones de servicios de salud. Estas deben medir el cumplimiento de las disposiciones generales, cláusulas pactadas y el nivel de cumplimiento de las metas y objetivos (p. 32).

En relación con la fiscalización de la labor realizada, en la sección 3, artículo VIII, la Ley faculta a la Oficina del Contralor de Puerto Rico<sup>9</sup> para que sea el organismo gubernamental que audite las operaciones de la Administración, con el fin de constatar la legalidad de sus transacciones. Además, se faculta a esta oficina para “requerir documentos o testimonio a personas o entidades particulares, cuando ello fuere indispensable, al efectuar una auditoría o intervención en la Administración, o en empresas que operen bajo contrato con la Administración, en aquellos asuntos relacionados con el contrato”.

Tanto la Ley como el Reglamento no indican que el Departamento de Salud, ente rector del sistema de salud, deberá requerirle informes, evaluaciones o fungir como fiscalizador de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. Esto puede ser contradictorio con las propias funciones adjudicadas al Departamento, ya que se reconoce, y la percepción ciudadana es que el Departamento de Salud es el ente encargado de velar por el cumplimiento de todas las instancias que forman parte del sistema de salud.

---

9. Contralor de Puerto Rico.

### ***2.1.9 Contratación con proveedores directos de servicios de salud***

En el artículo IX, se encuentran las secciones 1 y 2 que avala la contratación de ASES con proveedores de servicios de salud directamente. Esto significa que no es necesario contratar exclusivamente con una aseguradora, aunque estas puedan fungir como procesadoras del pago por servicios, por contar con el andamiaje administrativo para operar.

Esta sección de la Ley incluye un proceso detallado con las exigencias de contenido y redacción para las propuestas de contratación directa con proveedores de servicios de salud. Incluye también el proceso de evaluación de estas propuestas. Empero, ni la Ley ni el Reglamento tienen dichos procesos contenidos para la contratación con las aseguradoras. En cuanto a la contratación de las aseguradoras, se establece que se hará por medio de solicitud de propuestas conocida como Request for Proposal (RFP, por sus siglas en inglés).

## **2.2 Modelo institucional de prestación de servicios de salud prevaleciente**

La Ley 72, en el artículo VI, sección 7, inicialmente refiere al Reglamento General, el cual menciona que el modelo de prestación de servicios será detallado en dicho documento. No obstante, presenta unos lineamientos generales para que, independientemente del modelo que ofrezcan los planes de salud contratados, se mantengan unos elementos en común (p. 18). Estos criterios son los que se muestran a continuación:

- El cuidado primario estará fortalecido por grupos de médicos primarios y por proveedores primarios, según se definen en la legislación y reglamentos locales y federales aplicables autorizados para ejercer en Puerto Rico.
- El cuidado de la sala de emergencia será de alta prioridad, tanto en el sistema de transportación por ambulancia, como en los cuidados médicos de emergencia.



- La Administración solo contratará con aseguradores que no tengan, directa o indirectamente, interés económico, relación con dueñas subsidiarias, o afiliadas de una facilidad de salud que preste servicios a los beneficiarios del seguro de salud que esta Ley crea, excepto con aquellas organizaciones de servicios de salud debidamente definidas y autorizadas por el Comisionado de Seguros.<sup>10</sup>
- Los modelos que se implanten tendrán medidas estrictas de control de utilización.
- Todos los modelos estarán reforzados por un sistema de educación en salud y prevención, con énfasis especial en estilo de vida, SIDA, drogadicción y salud de la madre y el niño.

En tanto, el Reglamento General de la Ley 72-1993 indica que el PSG “aspira a mantener un modelo centrado en el beneficiario que integre los servicios de salud física y mental y que ponga la prevención y la educación en salud como prioridad” (p. 15). Como elementos específicos añade los siguientes:

- El modelo a utilizar, independientemente de su estructura, debe ser reconocido por CMS.<sup>11</sup>
- Los servicios que se brinden deben integrar la salud física y mental.
- Deben dar énfasis a la prevención.
- El cuidado médico del beneficiario estará a cargo del médico primario.
- El modelo escogido debe fomentar la participación y la competencia entre entidades de la salud, de forma que repercuta en servicios de mayor calidad.

---

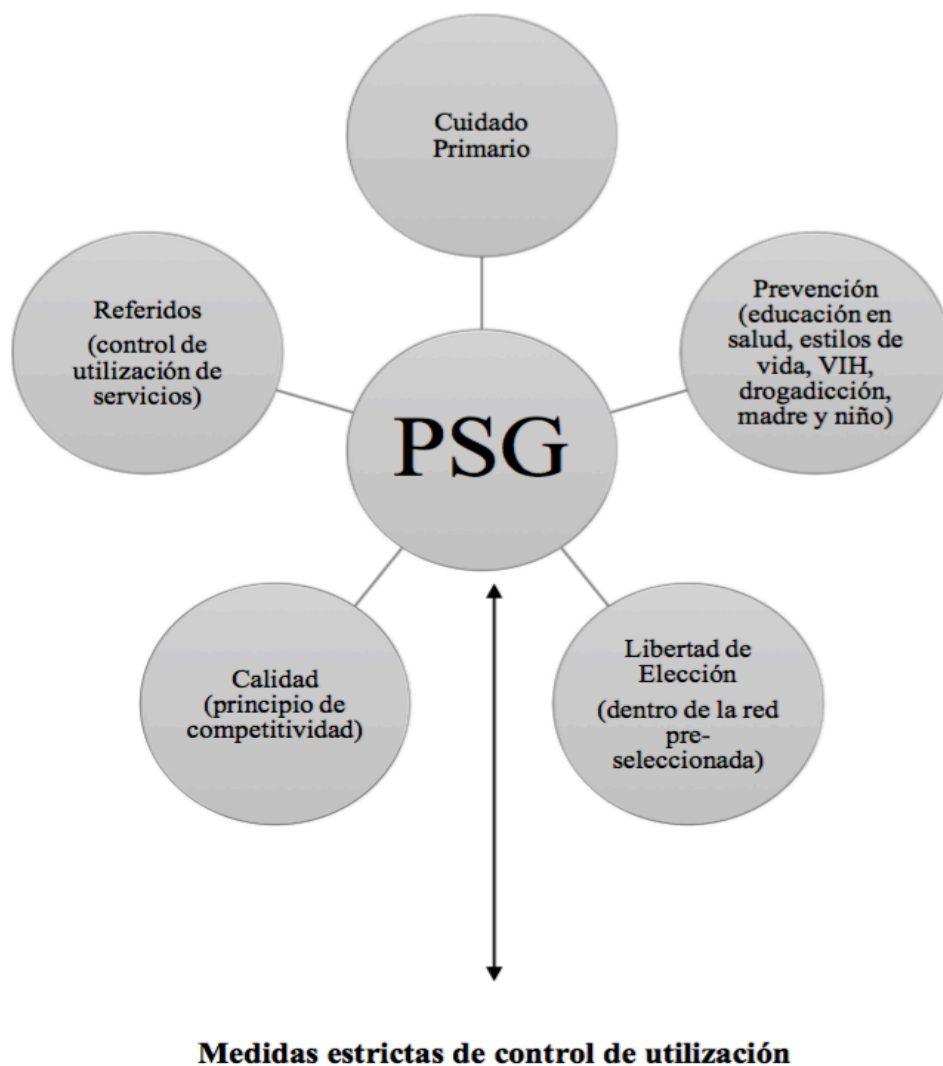
10. La oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico es la entidad que reglamenta y fiscaliza todas las actividades relativas a los seguros en Puerto Rico, incluyendo el área de la salud (Ley-77 del 19 de junio de 1957, según enmienda).

11. El Centro para servicios de Medicare y Medicaid es una agencia del gobierno federal que provee asistencia económica para grupos de la tercera edad y la población en general.

- Los beneficiarios deben tener libertad de elegir a su grupo médico primario y médico primario, dentro de aquellos que conforman la red de proveedores de la aseguradora.
- Los beneficiarios no requerirán referidos de sus médicos primarios para recibir tratamiento dentro de proveedores que estén en la red preferente. El referido solo será requerido cuando el beneficiario escoja recibir servicios dentro de la Red General de Proveedores. Los beneficiarios de cubiertas especiales no requerirán referidos para recibir los servicios por los cuales se emitió dicha cubierta.

En la figura 8 se describe gráficamente el modelo de prestación de servicios de salud planteado por ASES.

**Figura 8.** Modelo institucional de prestación de servicios de salud



Fuente: Elaboración propia. Basado en la Ley 72 (1993) y el Reglamento General de ASES.

Los servicios de salud del PSG se presentan bajo el modelo conocido como “managed care”, es decir, manejo de cuidado coordinado o dirigido (OPS, 2007). Este modelo “integra el financiamiento con la prestación de servicios. Se enfoca en coordinar y organizar a los médicos, las empresas, los hospitales y a los usuarios en agrupaciones que cooperen con el objetivo común de vigilar el aumento de los costos” (Puchi Acuña y Rodríguez, 1996, pp. 63-64).

La Organización Panamericana de la Salud, en el Perfil del Sistema de Salud de Puerto Rico (2007), cita una evaluación realizada en el 2005 por la Comisión Especial para evaluar el sistema de salud, relacionada con este modelo. En general, el informe de evaluación señala ventajas importantes con este modelo: mejor cobertura de servicios, algunos medicamentos sin costo, acceso a hospitales y establecimientos de salud privados, entre otras. Incluso, identifica una serie de desventajas, entre las que se encuentran: el dilema ético-médico al tener un sistema de pago per cápita que redundaría en limitación de servicios, alza en algunos indicadores de salud, ausencia de supervisión por parte del Departamento de Salud, dispersión de las iniciativas de políticas públicas de estado, entre otras. En el cuadro 18 se detalla lo expuesto.

**Cuadro 18. Fortalezas y debilidades del modelo de cuidado coordinado o dirigido**

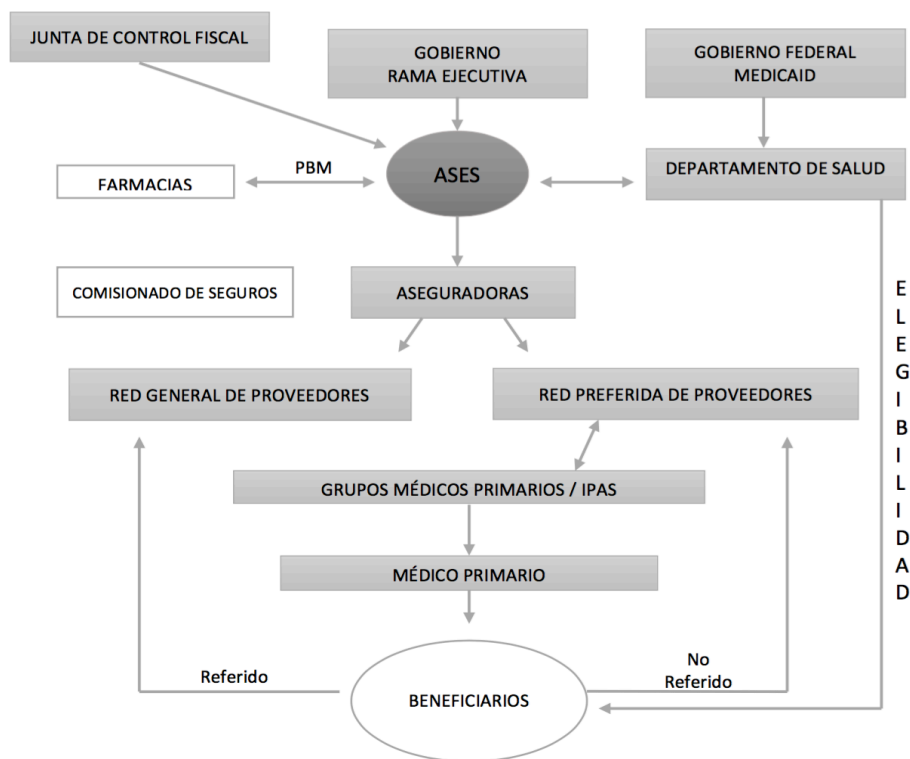
<b>Fortalezas del sistema de cuidado coordinado o dirigido</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El modelo vigente provee una cubierta básica amplia con amplios beneficios.</li> <li>• Existe una cubierta especial para casos de alto riesgo y, por ende, de alto costo.</li> <li>• Se da acceso a los hospitales y a establecimientos de salud privados.</li> <li>• Se establece una cubierta y servicios de salud oral amplia; a base de pago por servicios al proveedor.</li> <li>• Se provee de medicamentos que son esencialmente libre de costo.</li> <li>• Tienen una cubierta geográfica amplia; se cubren los 78 pueblos de la isla.</li> <li>• Provee libre selección dentro de una red de proveedores establecida.</li> <li>• Existen recursos profesionales de excelente formación académica y clínica y con un compromiso serio hacia el bienestar de todos los puertorriqueños.</li> <li>• Los distintos componentes del sistema están abiertos a reconocer sus limitaciones y están receptivos al cambio.</li> <li>• Aun con sus deficiencias, el sistema provee las necesidades básicas de salud de la mayor parte de la población.</li> <li>• Se permite mayor acceso de la población, pero no la que se requeriría para obtener servicios hospitalarios, diagnósticos y de salud mental.</li> <li>• La empresa privada está en disposición de cooperar con la gestión gubernamental dentro del contexto de sus intereses.</li> </ul>
<b>Debilidades del sistema de cuidado coordinado o dirigido</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se crea inequidad en el servicio al asignar el riesgo de la prima a los médicos primarios, lo cual provoca un racionamiento de servicios.</li> <li>• Se limita el libre acceso a ciertos servicios como medicamentos y servicios médicos especializados (se considera racionamiento de servicios).</li> <li>• Se aumenta de forma desproporcionada el número de personas que no poseen seguro médico.</li> <li>• Se crean grupos de personas elegibles, no aseguradas, y personas no elegibles al Plan de Salud que, a su vez, no tienen los recursos necesarios para pagar por su plan médico.</li> <li>• Se crean deudas significativas para los proveedores médicos, de servicios hospitalarios y de emergencia, debido a personas que acceden al sistema de servicios sin tener seguro de salud.</li> </ul>

- Se erosiona la confianza entre médicos y pacientes debido a incentivos del pago per cápita.
- Se afectaron los programas de prevención primaria y secundaria de forma continua, uniforme y sistemática.
- Se afectaron los indicadores de calidad de servicio manifestado por los índices de vacunación en la población pediátrica y el aumento de partos por cesáreas.
- Existe la percepción entre los beneficiarios de que se ha experimentado un deterioro en sus condiciones de salud debido la dificultad para acceder a servicios de salud mental, ciertos medicamentos de necesidad para controlar condiciones crónicas como diabetes, hipertensión y asma y los servicios de transportación terrestre.
- Falta de integración y análisis periódico para demostrar el costo-efectividad de los modelos de prestación de servicios de salud vigentes.
- Falta de una planificación estratégica e integrada.
- Evaluación y fiscalización incompleta y fraccionada de los servicios de salud.
- Diversas agencias del Gobierno administran los seguros y ofrecen los servicios de salud.
- Ausencia o control limitado por el Departamento de Salud.
- Pobre continuidad en el tratamiento de los pacientes de la reforma.
- Limitación de servicios en el Hospital de Trauma por falta de los recursos necesarios y un aumento en la demanda por esos servicios.
- Falta de agilidad para responder a los retos y oportunidades producidas por el ambiente externo.
- Existen serias deficiencias en las competencias clínicas de muchos de los médicos primarios que sustentan la base del sistema de salud.
- Ausencia de un verdadero sistema de salud comprensivo, integrado, racional y costo-eficiente que responda a las necesidades y aspiraciones de salud de los puertorriqueños.
- Existe un dilema ético en el médico proveedor de servicios.
- Los costos continúan incrementándose de forma inaceptable.
- Las gestiones de promoción, prevención y protección de la salud pública se han reducido sustancialmente.
- Rige un enfoque económico en detrimento del enfoque salubrista.
- La recopilación y el análisis de datos para la formulación de política pública se redujo sustancialmente.
- Se creó un segmento considerable de la población sin un seguro médico.
- Los indicadores de salud no mejoraron sustancialmente y, en algunos casos, han empeorado.
- La capacidad del Estado, a través del Departamento de Salud, de formular política pública se redujo.
- Se ha dado mayor énfasis al tratamiento agudo del paciente en detrimento que a las actividades de prevención, promoción y protección de la salud.
- El modelo ha dado injerencia a las aseguradoras en la formulación de política inherente al organismo de rectoría del Estado.
- Descontento general en los pacientes atendidos bajo el PSG.
- Los sistemas de información son ineficientes y deficientes.
- Fragmentación y desarticulación en la continuidad del tratamiento médico.

Fuente: Elaboración propia. Basado en la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico (2005; citado en OPS, 2007, pp. 47-49).

En consonancia con lo descrito sobre el modelo de prestación de servicios, así como los puntos dilucidados sobre el marco normativo de la reforma de salud, se establece que esta es una política pública con todos los elementos de los cuasimercados de la salud y distante de una política con enfoque de derechos humanos en salud. El tipo de implementación de la reforma de salud que mantiene el Gobierno de Puerto Rico, mediante ASES, es una expresión de la economía neoclásica. Se trata de una agencia pública con independencia legal y administrativa que no responde al Departamento de Salud, en cual es el ente rector. Antes bien, es una corporación que subcontrata en el mercado privado a aseguradoras para estas contraten prestadores de servicios. En la figura 9, se observa un mapeo de actores que da cuenta de la estructura actual de ASES.

**Figura 9.** Estructura general de ASES



Fuente: Elaboración propia.

A partir de la figura anterior, se presenta a ASES como una entidad que responde al poder ejecutivo directamente. De hecho, la Ley valida esta relación, puesto que es el gobierno ejecutivo quien nombra a la mayoría de los miembros de la Junta de directores, incluso al presidente de la Junta. También, en la práctica somete a consideración y hace el nombramiento del director o directora ejecutiva.

Por su parte, la única interacción concreta que mantiene el Departamento de Salud con ASES es la certificación de elegibilidad de los beneficiarios. Esta se realiza mediante la oficina de Medicaid, que es parte de uno de los Programas del Departamento. Como forma intermediaria de prestación de servicios están las aseguradoras. Estas últimas son quienes realmente mantienen el control de la prestación de servicios; son las entidades encargadas de identificar, crear, gestionar y validar a toda la gama de prestadores de servicios médicos. Las negociaciones económicas con los grupos médicos, médicos individuales y facilidades médicas para prestar los servicios de salud son competencia exclusiva de las aseguradoras y se mantiene como información privada, incluyendo los porcentajes de pagos por servicios brindados.

Dentro de este modelo, los médicos primarios, quienes son médicos generalistas, tienen la responsabilidad de administrar el cuidado de la salud de los beneficiarios. Como se ha mencionado, en la caracterización del marco institucional, una de las grandes deficiencias del modelo es el pago por capitación: pago adelantado que se da por paciente a los médicos primarios y que representa la cantidad máxima que puede agotar ese paciente; a su vez, el sobrante de ese presupuesto es la ganancia del médico. A este médico también le corresponde autorizar el tratamiento, la visita a especialistas, los exámenes médicos y todo lo relacionado al paciente, con excepción de los medicamentos; estos los autoriza directamente la aseguradora.

En el caso de los medicamentos, ASES, como se observa en la figura, mantiene una contratación con un ente independiente que coordina todo lo relacionado a los medicamentos, las farmacias y las reclamaciones contra las aseguradoras que realicen los beneficiarios. Como entes fiscalizadores, no se ha identificado ningún actor del gobierno local. Esto debido a que ASES no tiene la obligación legal de rendir cuentas al Departamento de Salud ni al Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Este último se

limita a certificar la capacidad de operación de las aseguradoras como negocios en Puerto Rico, pero no tiene ninguna otra injerencia. No obstante, sí mantiene la obligación de rendir informes fiscales a las fuentes de fondos del Gobierno Federal y estatal; pero estos informes no se traducen necesariamente en procesos amplios de evaluación y fiscalización de las aseguradoras ni sobre la prestación de los servicios de salud.

Se cuenta entonces con una política, que como principio rector, alude a la justicia social y al acceso igualitario a los servicios de salud, pero que en su modelo de prestación de servicios mantiene una estructura alejada de la concepción de la salud como derecho humano. Se observa una política de salud focalizada únicamente en atender de forma curativa a un sector de la población denominado médico-indigente, que no contempla la colectividad más amplia y no contempla a la ciudadanía en general como sujetos de derechos al acceso a la salud. Pero, incluso a quienes les brinda el servicio, lo hace desde la contención de costos y búsqueda de mayor eficiencia, lo cual redundando en la limitación del acceso a los servicios y afecta la calidad.

Esta política mantiene grandes desventajas, propias del modelo neoliberal, el cual antepone la privatización de servicios sociales al concepto de universalidad. Esta tendencia no conserva de ninguna manera los elementos básicos de una política basada en derechos humanos, sino que carece de los elementos básicos de protección social y de participación de los beneficiarios (Pallavicini, Chamizo y Vargas, 2013). Además, está muy distante de integrar los lineamientos internacionales sobre los derechos de la salud, máxime cuando en Puerto Rico se requiere la aprobación de los EE. UU. para realizar cualquier cambio al modelo de prestación de servicios, debido a que el 85 % del presupuesto con el que se implementa la reforma proviene de fondos federales.

Por último, es necesario resaltar que una política de salud, basada en derechos humanos, reconoce en principio que, desde la definición amplia, la salud se trata de atender los determinantes sociales, pues estos son indispensables para alcanzar el grado máximo de salud. Se trata de otros derechos humanos como alimentación, vivienda digna, trabajo digno, educación, no discriminación, acceso a la información y a la participación (OMS, 2017). A esto se añade la consideración del contexto social, económico, político y cultural.



En el siguiente capítulo se profundiza en los cambios normativos del Plan de Salud bajo los cambios de Mi Salud y Vital, últimos dos modelos implementados bajo la sombrilla del cuidado coordinado. Además, se observa el resultado institucional aplicado a un caso en particular.

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADO INSTITUCIONAL**

Este capítulo corresponde a los resultados del segundo objetivo de esta investigación. Se analiza el resultado institucional acordado por los actores estratégicos en relación con el nuevo modelo del sistema de salud.

La presentación de los resultados comienza con la contextualización general del modelo de salud vigente y la exposición de los aspectos organizativos y los cambios normativos relacionados. En adelante, se exponen los hallazgos del diseño y gestión del contrato entre la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y Triple-S. Esta última es una aseguradora privada con fines de lucro que forma parte del grupo de entidades que aseguran a la población cualificada para el Plan de Seguro de Salud del Gobierno (PSG).

Como metodología, se realizó un análisis documental, un estudio de caso y entrevistas a informantes clave. Los documentos analizados en este apartado los constituyen: la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, el Reglamento General de ASES, los términos de referencia para solicitud de propuestas (RFP, por sus siglas en inglés) y comunicados oficiales de ASES. Como estudio de caso, se presenta la relación contractual entre ASES y Triple-S.

El análisis tiene sus bases en la teoría de la agencia, desde el postulado de un contrato neoclásico en condiciones de mercado. Las categorías principales estudiadas fueron la temporalidad, flexibilidad y cobertura. Estas se aplicaron al diseño y se incorporaron fases del proceso de contratación como solicitud de propuesta, selección del contratista, proceso de implementación del contrato y evaluación del contrato.

Con los resultados que se presentan en este capítulo, se obtiene la información para esquematizar la red de actores estratégicos que será discutida en el Capítulo VI. Lo

anterior permitirá establecer las relaciones entre los actores, su alcance y la incidencia de estos en la toma de decisiones.

## **1. Descripción del modelo de salud vigente**

Como contexto, se debe retomar de forma general el modelo resultante de la reforma del sistema de salud a partir del año 1993. Este modelo se gestó dentro de los enfoques de privatización del sector salud prevaleciente en los Estados Unidos de América (Torres, 2008). Esto resultó en un cambio radical de política pública en la prestación de servicios; es decir, de un modelo de prestación de servicios de salud público, a uno privatizado, en el cual el Estado funge como financiador y contrata a aseguradoras de salud privadas para que presten los servicios.

En resumen, desde el año 1993 al 2000 se llevó a cabo el proceso de implementación de la reforma, hasta abarcar todo el país. El plan de implementación se diseñó para ponerse en práctica en la isla, dividiéndola en ocho regiones. Se creó un plan piloto en la región del municipio de Fajardo y luego se comenzó la implementación en toda la isla, a razón aproximada de una región por año.

En el año 1996, Dr. Rosselló fue reelecto y esta situación aseguró la continuación de la puesta en práctica de la Ley 72. No obstante, para ese momento ya se estaban advirtiendo las consecuencias adversas de la rápida implementación de un sistema complejo. La súbita venta de las instalaciones públicas de cuidado médico resultó en que muchas no encontraron comprador, los hospitales privados más “grandes” se convirtieron en “tipos de subsistemas de salud” que terminaron comprando compañías norteamericanas (Rigau Pérez, 2000, p. 360). En adición, el Departamento de Salud mantenía un déficit presupuestario de \$1.025 millones anuales, más del costo que representaría para el Departamento de Salud ofrecer dichos servicios (Fernández, 2001). Para el año 2000, se entregaba la tarjeta de salud número 1 millón y se había implementado la reforma en todo el país.

Entre los años 2001 al 2010, no se registraron cambios sustanciales en el modelo, ni en la forma de prestación de servicios. Empero, se comenzaron a realizar evaluaciones

sobre el nuevo Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Uno de los informes más significativos fue realizado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2007. Según el Informe de las Américas, la privatización de los servicios de salud produjo resultados desfavorables, entre ellos, la falta de coordinación integrada en múltiples instituciones, multiplicidad de servicios a todos los niveles, limitación de muchos servicios (terapia física, neurología, rehabilitación, servicios psiquiátricos de hospitalizaciones, entre otros), poca accesibilidad a servicios médicos y establecimientos distantes (OPS, 2007).

En detalle, la evaluación realizada por parte de la OPS (2007, pp. 48-49) al sistema de salud de Puerto Rico reflejó que:

- Existen problemas de acceso, eficiencia y equidad a un cuidado de salud del nivel más alto posible, aun con los cuantiosos recursos que se invierten en él.
- La calidad de los servicios curativos y rehabilitativos, y los relacionados a prevención primaria y secundaria reflejan dudas razonables.
- La relación médico-paciente está severamente afectada.
- Es notable la insatisfacción, tanto de proveedores como de los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno.
- Se cuestiona el costo-eficiencia, por el hecho de que Puerto Rico es el país del mundo que más recursos invierte en salud en relación con el Producto Bruto Nacional, y los resultados de salud están por debajo de todos los países industrializados comparados.
- La asignación de riesgo penaliza indebidamente al médico primario al imponerle un riesgo financiero (no contemplado en la Ley 72 de 1993) por los servicios provistos por otros proveedores a los beneficiarios suscritos a su centro primario. Este mecanismo propicia la creación de dilemas éticos al médico primario al enfrentarse a la posibilidad de denegar servicios indicados o retrasar la realización de pruebas clínicamente necesarias.

- El costo de los medicamentos es varias veces mayor a lo que era cuando los adquiría el Estado de forma directa. Además, el 20 % de las recetas representan el 80 % de los costos de servicio. En los servicios primarios existen ejemplos de negación de medicamentos y despacho de estos desde las oficinas médicas.
- El sistema de salud vigente ha creado una creciente población de personas no aseguradas en Puerto Rico. Por un lado, no cualifican para el Plan de Salud del Gobierno y, por otro, no tienen capacidad económica para comprar un seguro de salud privado. Como consecuencia, se ha dejado sin servicios médicos a cerca del 7 % de la población.

En el año 2010, y en el marco de la reforma de salud presentada por el entonces presidente de los EE. UU., Barack Obama, conocida como el “Obamacare”, el gobernador Luis Fortuño presentó un modelo alternativo llamado Mi Salud (Hernández, 2010). Los dos cambios sustanciales propuestos en este nuevo modelo fueron los siguientes: (1) que el paciente no necesitaría un referido para ver al médico especialista; (2) que las recetas médicas no tendrían que ser contrafirmadas por el médico primario (Vázquez, 2016, p. 28). En estos términos, no se da cuenta de cambios que impactaran el modelo de prestación de servicios, pues continuó siendo uno de cuidado coordinado, en el cual se contrataban aseguradoras privadas para ofrecer los servicios. Sin embargo, los cambios presentados respondían a las evaluaciones realizadas sobre el Plan de Salud del Gobierno que indicaban, entre otros hallazgos, problemas de acceso, eficiencia, calidad y equidad en la prestación de servicios de salud, aun con los cuantiosos recursos que se invierten en el Plan de Salud del Gobierno (Hernández, 2010; OPS, 2007; Segarra, Cordero y Enchautegui, 2016; Vázquez, 2016).

Recientemente, el gobierno de Ricardo Rosselló<sup>1</sup> implementó en el año 2018 ciertos cambios al modelo del Plan de Salud del Gobierno (PSG), entre ellos un cambio de nombre, antes llamado Mi Salud, ahora nombrado *Vital*. En comparación con el modelo

---

1. El exgobernador, Ricardo Rosselló González, incluyó en su plan de gobierno promover cambios para mejorar el sistema de salud. Su llegada al Gobierno fue en enero de 2017 y para enero de 2018 ya había anunciado cambios concretos en el Plan de Salud del Gobierno. Este gobernador renunció a su cargo en agosto de 2019 y la gobernadora actual, Wanda Vázquez Garced, no ha realizado cambios.

anterior, los cambios por considerar como significativos son: (1) que el beneficiario puede seleccionar su aseguradora; (2) puede seleccionar al médico primario, y (3) seleccionar al grupo médico primario, sin restricciones por regiones, es decir, independientemente de su lugar de residencia. Otro cambio significativo responde a que las aseguradoras no estarán asignadas por regiones, si no que podrán tener pacientes de toda la isla.

Estas acciones implementadas en los últimos diez años responden a cambios específicos en protocolos y procesos de servicios, pero se mantienen dentro del modelo general de cuidado coordinado, también conocido como administración gerenciada (manage care). De igual forma, los servicios se prestan a través de contratos con entes privados y continúa como herramienta contractual la que determina el acceso a los servicios de salud.

El cuadro 19 corresponde a un resumen del modelo de cuidado coordinado que se mantiene vigente en el Plan de Salud del Gobierno.

**Cuadro 19. Descripción del modelo de servicios de salud de Puerto Rico**

<b>Categoría</b>	<b>Modelo actual</b>
<b>Método de financiamiento</b>	Gobierno (ASES) “transfiere” el riesgo a la aseguradora a través de un pago de prima mensual. Luego, la aseguradora transfiere riesgos a los médicos primarios, a través de capitación en el Fondo Médico e Institucional.
<b>Método de contratación</b>	El Gobierno no contrata con los proveedores. La aseguradora contrata directamente con los proveedores, Centros Primarios de Cuidado Dirigido, Laboratorios, Rayos X y Hospitales, entre otros. La aseguradora establece el formato de contratación unilateralmente.
<b>Distribución de riesgos</b>	La aseguradora asume el riesgo catastrófico y dental. Impone riesgos a los proveedores por servicios de otros proveedores y de otras instituciones a través del fondo institucional.
<b>Acceso a especialistas</b>	El acceso a especialistas y otros servicios se da a través de referidos por el médico primario, cargados al “capitation” del médico primario.
<b>Médico primario</b>	Es el “gatekeeper” a través del cual se contienen los costos y se efectúan todos los referidos. Se le impone la mayor parte del riesgo del fondo médico.
<b>Pagos a proveedores por las aseguradoras</b>	El pago a proveedores puede ser a través de capitación, <i>fee for service</i> solo para dentistas y <i>per diem</i> en el caso de los hospitales. La capitación representa la base del pago a proveedores, especialmente a los médicos primarios.
<b>Aseguradora</b>	Es el intermediario donde se centraliza todo el proceso de aprobación de servicios médicos, y se crea el banco de datos sobre estos. Incluye costos administrativos y reaseguro por cada región.
<b>Medicamentos</b>	Existe un PBM que supervisa a la aseguradora y proveedores por región. Al médico primario se le impone el riesgo de los medicamentos. Se crean nuevas medidas de reducción de costo.
<b>Promoción de salud y prevención</b>	Las aseguradoras implantan programas de educación y prevención por región. El Departamento de Salud no articula con las aseguradoras.
<b>Cubierta de servicios de salud</b>	Cubierta extensa que incluye el cuidado médico, hospitalario, laboratorio, imágenes, medicamentos y la cubierta para condiciones catastróficas. Deducibles y copagos mínimos.

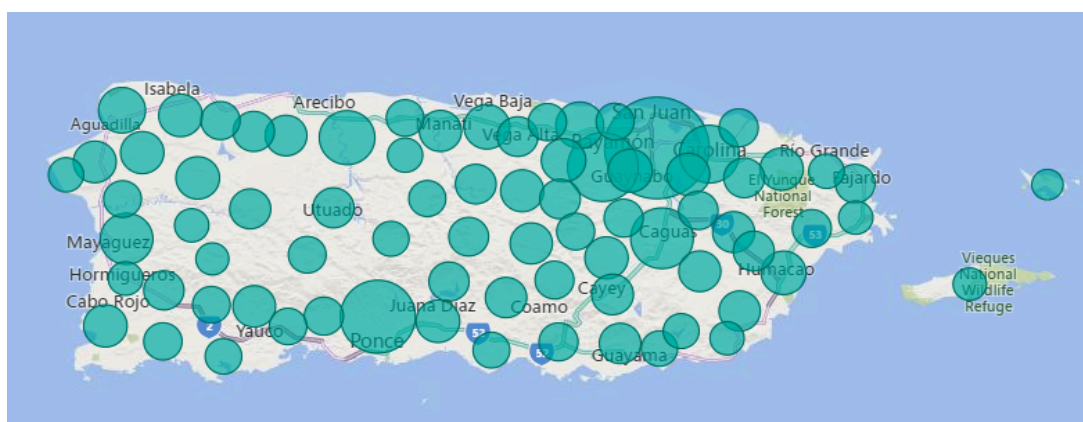
Fuente: Elaboración propia. Basado en Evaluación del Sistema de Salud de Puerto Rico (2005, pp. 27-29).

A continuación, se presenta la composición general del PSG-Vital en relación con la cantidad de beneficiarios por aseguradora; luego, se abordan detalladamente los cambios organizativos y normativos del Plan de Salud del gobierno actual.

### 1.1 Composición general del Plan de Salud del Gobierno, Vital

A partir de febrero de 2018, se oficializó la implementación de la nueva normatividad del PSG-Vital. Actualmente, el PSG-Vital se compone de cinco aseguradoras privadas, las cuales ofrecen los servicios de salud a los beneficiarios en todo el país. La figura 10 presenta un mapa que permite apreciar el alcance del Plan de Salud del Gobierno a través de todo el país. Los círculos representan la cantidad de asegurados por zonas o municipios.

**Figura 10.** Mapa de Puerto Rico: cobertura del PSG-Vital



Fuente: ASES (enero, 2020).

Las estadísticas más recientes de ASES indican que existen 1 107 018 asegurados por el PSG-Vital (ASES, 2020). Estos beneficiarios están asignados a cinco aseguradoras y existe lo que ASES denomina región virtual, que agrupa poblaciones en circunstancias especiales: menores de edad asignados al Departamento de la Familia y mujeres víctimas de violencia de género, quienes están en albergues para personas maltratadas.

El cuadro 20 desglosa la cantidad de beneficiarios por aseguradora y se presenta la región en la cual la aseguradora mantiene mayor presencia. Es importante añadir que la región virtual está asignada a la aseguradora Triple-S y la cantidad de beneficiarios está contenida en el número presentado en el cuadro.



**Cuadro 20. Afiliados por aseguradora**

<b>Aseguradora</b>	<b>Cantidad de afiliados</b>	<b>Región de mayor presencia</b>
First Medical	250 053	Norte
Medicare y Mucho Más (MMM)	255 073	Noreste
Molina Health Care	171 186	Centro-sur
Plan de Salud Menonita	77 407	Sur y sureste
Triple-S	353 299	Noroeste

Fuente: Elaboración propia. Basado en ASES (enero 2020).

Exponer la composición general del PSG-Vital en términos de aseguradoras participantes y beneficiarios permite que se conozca la distribución amplia del número de asegurados por plan médico y que, en efecto, se trata de una sola región como país. Este cambio contrasta con la división que mantenía ASES desde el año 1993, la cual constaba de ocho regiones a través de toda la isla y las aseguradoras eran asignadas a regiones.

Con la exposición de estos datos descriptivos, se contextualizan los hallazgos y el análisis de los cambios normativos y organizativos que se presentan en el siguiente apartado.

## **1.2 Cambios normativos y organizativos del Plan de Salud del Gobierno, Vital**

Los cambios normativos dentro del PSG-Vital no están contenidos explícitamente en la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada. Estos cambios se presentan concretamente en la solicitud de propuesta (RFP, por sus siglas en inglés) publicada en febrero de 2018. Los cambios que se presentan en la solicitud de propuesta de ASES (2018, p. 1) son los siguientes:

- Cobertura en toda la isla: En este modelo, los beneficiarios pueden seleccionar la aseguradora que mejor satisfaga sus necesidades y deseos.
- Programa de alto costo y alta necesidad (HCHN, por sus siglas en inglés): Cada aseguradora contratada será responsable de implementar un modelo de atención específico para un conjunto de condiciones de alto costo y alta necesidad.
- Subcontratación: Este modelo permite una serie de enfoques creativos para lograr una oferta de cobertura en toda la isla, incluida la capacidad de subcontratar proveedores para la cobertura de segmentos de la población, áreas regionales o una combinación de ambos.
- Requisitos de adecuación de la red: Este modelo está diseñado para promover la contratación selectiva a fin de garantizar la mejor y más sólida red posible, al tiempo que reduce el despilfarro (de dinero) y las contrataciones que no favorecen al Gobierno. Es decir, las aseguradoras tendrán más libertad para diseñar una red de proveedores que tenga altas probabilidades de lograr los resultados esperados.

Estos cambios contrastan con la normativa que existía previo al PSG-Vital. Por ejemplo, en el caso de la cobertura, en el modelo anterior no había libre elección de aseguradoras. En otras palabras, el beneficiario no podía seleccionar a qué aseguradora deseaba afiliarse, ya que ASES era quien seleccionaba las aseguradoras por regiones, por lo cual al beneficiario se le indicaba la aseguradora que le correspondía, según su pueblo de residencia.

En cuanto a este cambio, diversos actores clave coincidieron en que la implementación de la libre selección de aseguradora por parte de los beneficiarios no se ejecutó de forma satisfactoria. ASES asignó previamente a cada aseguradora un número de afiliados de toda la isla, y la fórmula para ello resultó en la dilución o “desaparición” de pacientes, lo cual tuvo consecuencias a corto y largo plazo; por ejemplo, la interrupción de tratamientos al ser reasignados a nuevos médicos primarios y la incapacidad del sistema en identificar aquellos pacientes de alto riesgo. Un actor clave expresó:

Cuando se da el modelo, ASES Vital decide reasignar las vidas (pacientes), lo cual fue un desastre. Ya estos pacientes pertenecían al doctor X y al doctor XX, se llevan viendo con ellos por los últimos diez años, ya tú debes dejarlos ahí y si hay alguien que no se sienta contento verdad, pues tú le das la oportunidad para que se cambie con otro médico, con otra aseguradora... pero ASES dice no, nosotros lo vamos a asignar y vamos a hacer la siguiente operación: el algoritmo va a ser el siguiente: si este paciente pertenecía al Dr. X y Dr. X trabaja con *XX Group*, pues lo vamos a asignar ahí. Que pasa, hasta ahí estamos todos correctos. Y pues *XX Group* debería amanecer al día siguiente de este algoritmo con todos los pacientes igualitos verdad. ¡Desastre! Resultó que Dr. X también hacía unas guardias con otro grupo y asignaron grupos allá, o los pacientes que no tenían encuentro o no habían venido, no recibieron las cartas y se asignaron a otro grupo. O sea, el paciente se diluyó y desapareció. ¿Quiénes se quedan y quienes son los primeros en llegar al servicio del grupo? Son los enfermos cuando vienen a buscar el servicio mañana. Necesitan la pastilla de la presión, necesitan la autorización al oncólogo, necesitan las placas, necesitan todo... pues entonces, ¿sabes lo que hizo? fue destruir el grupo, le quitó las vidas (pacientes) y le puso todo en riesgo, porque le está dejando los altamente costosos. IC-08

Por otro lado, hubo pacientes que, al ser reasignados a otra aseguradora, descubrieron que no podrían continuar con su médico primario. Ante dicha situación, solicitaban cambios y no les fue permitida la movilidad. El siguiente actor clave indicó:

Por ejemplo, esta doctora que yo iba pues yo la llamé los otros días y ella coge el plan, ella coge reforma y yo pensé que si yo venía aquí me daban un referido para donde ella, porque ella lo acepta, pero no, tengo que ver el doctor de aquí. IC-10

En el caso del programa de alto costo y alta necesidad (HCHN), ASES lo incluye como un programa nuevo. Sin embargo, responde al reemplazo de un programa anterior denominado de *Manejo de Enfermedades y otros elementos*, que según ASES era menos efectivo (ASES, 2018, p. 1). A partir del PSG-Vital, las aseguradoras cuentan con mayor responsabilidad de cumplir con medidas que demuestren resultados en la identificación y manejo de beneficiarios con enfermedades de alto costo y alta necesidad de atención.

El actor clave IC-08 expone lo que considera es el objetivo final de este programa, según lo expresa se trata de bajar el pago de la prima por pacientes saludables. Esto podría ser contraproducente dentro del modelo de manejo coordinado, ya que el modelo supone que el balance entre el costo de la prestación de servicios y las ganancias para el prestador, se basa en tener pacientes saludables y enfermos con el pago de la misma prima. De esta manera, el ahorro que se obtiene de los pacientes saludables cubre el excedente de gastos del grupo de beneficiarios enfermos. El actor clave explicó:

El objetivo final debe ser, o es, no pagar una cantidad alta por aquellos pacientes que estén sanos. Lo cual es un error. Porque si tú tienes un modelo de manage care que es este modelo, el manage care está basado en volumen de pacientes y en que los buenos que tú vas curando, paguen los enfermos que tú tienes... para que cuando te caiga ese paciente con un cáncer o con una condición catastrófica en el hospital, tu tengas suficiente presupuesto para poder cubrirlo. Pero, si para colmo no tienes el presupuesto, pues ¿qué va a pasar? te vas a sobre girar, vas a terminar perdiendo. IC-08

Las impresiones de los actores clave que se expresaron sobre este nuevo programa aluden a que, si bien parece ser una buena iniciativa, ningún componente del PSG-Vital está preparado para su implementación, entiéndase ASES, las aseguradoras y los médicos. El IC-8 indicó:

Entonces, el proceso de registro como te digo pues nos ha afectado, sobre todo por High Cost -High Need. Nosotros no estábamos preparados para ese modelo. Es un modelo que se puede usar, no te digo que no se puede usar, pero en este momento ni ASES está preparado, ni las aseguradoras están preparadas y los grupos médicos menos. Desafortunadamente, en Puerto Rico se sabe que el promedio de edad de los médicos primarios es sesenta y pico de años, cincuenta y pico a sesenta.

El tono que le ha dado Vital a esa parte de High Cost-High Need nos está afectando. La partida de High cost-High need no estábamos preparados nadie y ha afectado a la aseguradora como a los grupos. IC-08

La no preparación a la que se refiere el informante clave incluye que el proceso de registro es uno que implica el dominio de la tecnología, la disponibilidad de los equipos requeridos y la uniformidad en los procesos. Es decir, es altamente probable que si se trabaja para más de una aseguradora, se tengan que completar distintos formularios con el mismo objetivo. Esto implica también que cada médico debe añadir al presupuesto los gastos relacionados a la implementación del programa.

Finalmente, se exponen los últimos dos cambios presentados en la solicitud de propuesta de ASES, es decir, los procesos de subcontratación y los requisitos de adecuación de la red. En cuanto a la subcontratación entre aseguradoras y prestadores de servicios, son procesos que se han llevado a cabo desde el comienzo de la implementación de la reforma en el año 1993. Sin embargo, en PSG-Vital se observa la inclusión del concepto de “enfoques creativos” para autorizar a las aseguradoras a realizar subcontrataciones de prestadores de servicios en todo el país, bajo la nueva política de libre selección de aseguradoras. En los términos de referencia, no se establece la definición de dicho concepto, ni su alcance.

Empero, los datos que brindan las entrevistas realizadas aluden a que, al expandir la red de servicios de todas las aseguradoras a nivel isla, la crisis de acceso a atención primaria, secundaria y terciaria se ha agudizado. Se trata de que en el modelo anterior, al dividirse por regiones geográficas, las aseguradoras tenían mayor probabilidad de contratar a los especialistas cercanos a la región, pues no competían con otras aseguradoras. Desde la nueva distribución, sin regiones, las aseguradoras pueden abarcar la contratación de especialistas en toda la isla. Un entrevistado describe lo siguiente:

Claro, hay lugares que tienen problemas para contratar médicos primarios y grupos médicos. Me dicen tú no tienes problemas, hay quienes están contratando y no los consiguen. (...) hospitales o grupos que están buscando médicos para que hagan turnos de guardia. IC-12

Por otro lado, los requisitos de adecuación de la red podrían interpretarse como mayor apertura para que las aseguradoras tomen la decisión de qué grupos de profesionales, hospitales, entidades de servicios médicos, entre otros, formarán parte de su red de proveedores de servicios. Dicha red, a su vez, es el grupo de organizaciones de cuidado coordinado que tendrán a su disposición los beneficiarios. Lo descrito no necesariamente muestra alguna violación a la normatividad que rige el Plan de Salud del Gobierno, pero es importante analizar algunos aspectos sobre los términos de referencia del cartel presentado, puesto que son contradictorios en relación con la Ley 72-1993.

La sección 8 de la Ley 72-1993 establece que:

La prestación de servicios se hará siguiendo el sistema de regionalización establecido por la Administración (ASES) en coordinación con el Departamento de Salud, estableciendo progresivamente una red de proveedores participantes en todo el Estado Libre Asociado (país) y asegurando así el servicio más cercano al paciente. (p. 19)

Desde la creación de la Ley hasta el año 2018, la prestación de servicios estuvo estructurada por regiones, como describe la misma Ley, con el fin de asegurar que los servicios brindados a los pacientes sean accesibles geográficamente. Esta estructura implicaba que todas las aseguradoras contratadas debían establecer una red de proveedores que incluyeran los servicios secundarios y terciarios, de forma tal que los servicios fueran accesibles al beneficiario.

En este punto, los hallazgos indican que todas las aseguradoras tienen beneficiarios

en todo el país (ver figura 10) y mantienen las redes exigidas por ASES; es decir, la red preferida y la red general. Sin embargo, en la información obtenida no queda claro si la cantidad de médicos, especialistas, subespecialistas y hospitales (entre otros servicios de salud) son suficientes para la cantidad de beneficiarios, y si la ubicación responde al acceso esperado por el paciente y exigido por ASES.

## **2. Diseño del contrato**

El diseño de la Ley 72 del 1993 dio paso a una reforma total del sistema de salud en Puerto Rico. En su contenido, se contemplaron cambios sustanciales en torno a la prestación de servicios de salud, mecanismos de financiamiento, roles de las entidades como la Administración de Servicios de Salud (ASES) y el Departamento de Salud y la inclusión del mercado de aseguradoras privadas.

De igual manera, en su implementación se consolidó la participación de aseguradoras del mercado privado como las entidades encargadas de prestar los servicios de salud, particularmente a la población médico-indigente. Este proceso se llevó a cabo a partir del modelo de cuidado coordinado mediante procesos de contratación entre ASES y aseguradoras privadas, desde el concepto de pago por capitación.

Según la Evaluación del Sistema de Salud (2005), este modelo se crea con el interés de lograr eficiencia, mejorar la calidad y reducir los costos de los servicios. En el informe se menciona que:

Los proveedores primarios se organizan como puerta de entrada al Sistema de Salud. El control de acceso fuera del médico primario es mediante preautorizaciones a especialistas, a pruebas y a procedimientos de alta tecnología. Se crean incentivos financieros a proveedores primarios a base de un *capitation* de servicios por persona; con riesgo por utilización de servicios de otros proveedores. (p. 50)

El pago por capitación (per cápita) está basado en el concepto de enfermedad potencial y no en el de enfermedad actual (Torres, Gorbaneff y Contreras, 2005, p. 50). Se trata de un contrato entre un agente y un principal, a través del cual se constituye un grupo de riesgo, conformado por personas en un territorio específico y a quienes se le brindarán los servicios acordados.

Según Ruiz, Amaya, Garavito y Ramírez (2008), los contratos per cápita realizan pagos de forma anticipada sobre el total del número de personas incluidas en el contrato e implica un pre acuerdo del plan de beneficios que deben cubrir totalmente. Además, se deben considerar los aspectos que se incluyen en el cuadro 21.

**Cuadro 21. Características del modelo de contrato per cápita**

Característica del modelo	Alcance o riesgo
<b>Tipo de contrato</b>	
<b>Cápita integral:</b> Cuando cubre el conjunto integral de posibilidades de consumo en salud en sus diferentes niveles de complejidad.	La transferencia del riesgo es total.
<b>Cápita parcial:</b> Cubre algunos segmentos de servicios según la complejidad, tipo de servicios, grupo de edades o cualquier otra segmentación del plan de beneficios.	Dificultad entre lo seleccionado y la fracción del riesgo resultante.
<b>Cápita especializada:</b> Cuando cubre todos los servicios asociados a una especialidad médica.	Suelen ser integrales en cuanto al nivel de complejidad.
<b>Tipo de cobertura</b>	
<b>Cerrada:</b> Cuando no es actualizable durante el período de contrato.	Protege contra la incertidumbre generada por la población, pero no contra eventualidades del consumo.
<b>Abierta:</b> Cuando es actualizable en períodos determinados según novedades.	Tiene un alto costo asociado a la actualización de la información. Requiere fiel cumplimiento de las actualizaciones de la información y análisis actuariales.
<b>Forma de pago</b>	
<b>Unidad de pago:</b> Persona certificada como elegible. <b>Periodicidad:</b> Por acuerdo, mensual, etc. <b>Temporalidad:</b> El pago debe ser anticipado para evitar coincidir con la del riesgo. <b>Oportunidad:</b> Pago en los primeros diez días del mes, sanciones por atrasos, de acuerdo con lo aceptado en el mercado. <b>Requisitos:</b> Cuenta de cobro, información establecida para el seguimiento de la población.	
<b>Información</b>	
<b>Listado de derecho-habientes:</b> Son los beneficiarios del contrato listados en la base de datos, actualizada según la periodicidad de pago definida.	Las consecuencias económicas de la no actualización corren por cuenta del comprador y del aceptante del contrato.
<b>Plan de beneficios:</b> Es el conjunto de servicios (intervenciones, procedimientos, pruebas, medicamentos e insumos) ligados a un diagnóstico o no, al cual tienen acceso los beneficiarios.	
<b>Nota técnica:</b> Es el instrumento en el que se consigna la representación actuarial acumulada al final o intermedio	Se constituye en una herramienta fundamental de gestión y de control del

Característica del modelo	Alcance o riesgo
de un período de la siniestralidad actualizada del contrato.	contrato.
<b>Pool de riesgo:</b> Es el reporte de la carga de riesgo, a partir de las características de edad, género y riesgos epidemiológicos asociados al listado de beneficiarios, comparado a partir de la nota técnica inicial y la actualizada en la ejecución del contrato.	
<b>Gestión</b>	
<p>Conjunto de procesos, competencias y tecnología necesaria para garantizar equidad y efectividad en los servicios.</p> <p><b>Capacidad de comprobación de derechos:</b> Equiparación entre derecho y demanda específica.</p> <p><b>Capacidad de análisis de riesgo:</b> Es la posibilidad de tomar decisiones en forma eficiente y anticipada a la transformación del riesgo en sobrecostos a la nota técnica, sobre la que se estimaron las condiciones del contrato.</p>	
<b>Calidad</b>	
<p><b>Capacidad de control del gasto médico:</b> Potencialidad de controlar este componente de la función de producción de servicios.</p> <p><b>Cumplimiento de los requisitos de implementación:</b> Protocolo de evaluación para subcontratación con entidades acreditadas.</p> <p><b>Sistema de información sobre procedimientos:</b> Verificación que satisfaga al comprador sobre el adecuado tratamiento de los pacientes.</p> <p><b>Proceso de manejo de quejas:</b> Diseño, sistematización y análisis de encuestas de satisfacción de usuarios.</p>	
<b>Selección adversa</b>	
<b>Contratación simétrica:</b> Los contratos externos realizados entre el ente contratante y los prestadores privados deben ser simétricos en riesgo al establecido entre el área pública, demostrándose mediante nota técnica (actuarial).	
<b>Revisión de la población contra la nota técnica:</b> El aceptante del contrato debe recibir la población de acuerdo con la nota técnica provista por el comprador.	Para la primera aceptación de una población determinada, se deben prever compensaciones por desviaciones mayores sobre la nota técnica en un rango acordado.
<b>Acuerdo sobre desviaciones en el pool de riesgo sobre la nota técnica:</b> Deben ser solucionados como ajuste del precio per cápita para la población nueva, en caso de incremento o reducción del riesgo.	



Característica del modelo	Alcance o riesgo
<b>Tope de pago (stop-loss):</b> Protección contra outliers no contemplados en la nota técnica. Dicho monto debe estar definido en el contrato.	
<b>Abuso moral</b>	
<b>Ajuste administrativo:</b> Una vez aceptado el contrato, la aseguradora tendrá toda la capacidad de organizar sus servicios y flujo de servicios dentro de su institución, para así ser eficiente en la provisión.	

Fuente: Elaboración propia. Basado en Ruiz, Amaya, Garavito y Ramírez (2008).

Esta caracterización del modelo de prestación de servicios con pagos per cápita da cuenta del alcance y los riesgos ex-ante del proceso de diseño y acuerdos de contratación. También, presenta las variables que deben controlarse para que en la implementación del contrato se minimicen los riesgos y costes de transacción.

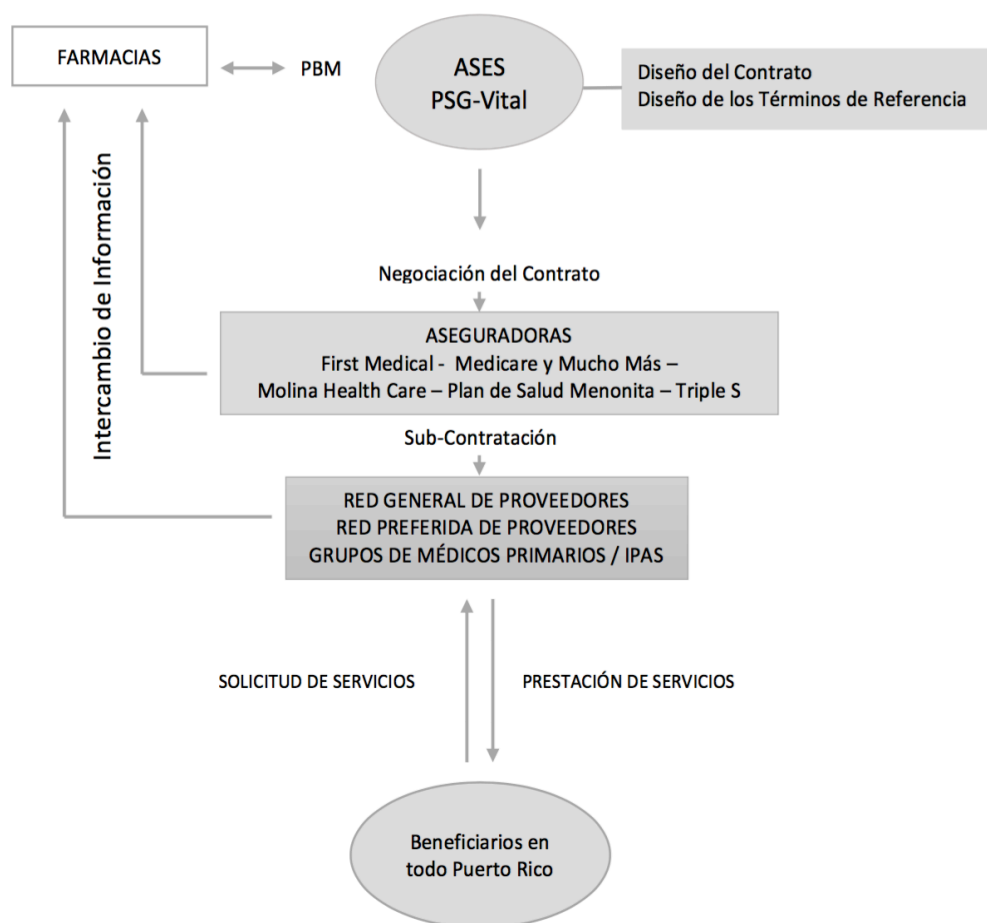
Por otro lado, los objetivos que plantea el cartel con los términos de referencia del PSG-Vital dan cuenta de los elementos de un contrato neoclásico. Se abordan dos aspectos fundamentales en la relación entre la agencia y el principal: “Mejorar el control del principal sobre los agentes que poseen información privada y mejorar la generación de recursos o eficiencia en su utilización” (Chamizo, 2011, p. 9). Además, desde el reconocimiento de un contexto imperfecto del mercado en cuanto a los servicios de salud, se requiere que este tipo de contrato contenga ciertos grados de flexibilidad, que permitan la continuidad de la relación y permitan que los agentes se adapten a los cambios constantes (Torres, Gorbaneff y Contreras, 2004).

A continuación, se presentan los resultados del estudio del contrato entre ASES y la aseguradora Triple-S. Se discute el caso seleccionado para ejemplificar la realidad de la normativa del Plan de Seguros de Salud del Gobierno.

## 2.1 Diseño de los términos de referencia del contrato

En este apartado se describe y analiza el proceso de contratación entre la Administración de Seguros de Salud del Gobierno (ASES) y la aseguradora privada Triple-S. La figura 11 permite ubicar a los actores en los procesos de diseño, negociación del contrato, las relaciones entre sí y las subcontrataciones que se realizan para implementar lo acordado en el contrato; es decir, prestar los servicios de salud definidos por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

**Figura 11.** Actores, diseño y negociación del contrato



Fuente: Elaboración propia.

Las categorías de análisis que a continuación se analizan, responden al proceso de contratación que se da entre un agente y un principal, basado en los supuestos de la teoría de la agencia. Desde dicha teoría, se afirma que los procesos de contratación permiten que el principal, en este caso ASES, tenga mayor oportunidad de controlar a sus agentes: las aseguradoras. A través de este proceso, se facilita el flujo de información del principal a través de la redacción de objetivos claros y específicos y el requerimiento de mayor rendición de cuentas (Chamizo, 2011; Fleury, 2002).

La teoría de la agencia parte de la premisa del principio maximizador para todos los actores en el momento de tomar decisiones en términos de política pública (Fleury, 2002). El contexto de dicha toma de decisiones exige la consideración de las dinámicas de poder entre los actores involucrados bajo el supuesto de que las instituciones son un conjunto de reglamentaciones que moldean la conducta individual, pero los individuos reaccionan racionalmente ante los incentivos y restricciones establecidas por esas reglas (Peters, 2003, pp. 75-77).

En el campo de la prestación de servicios de la salud, se observan constantes tensiones entre las necesidades del Estado en regular y garantizar la atención en salud y las condiciones del mercado. Resulta altamente complejo mantener el nivel de salud máximo posible, atender los determinantes sociales de la salud de forma efectiva y, a su vez, mantener un bajo costo de los servicios en condiciones de mercado imperfecto (Fleury, 2002; Franco Giraldo, 2013).

Según, Franco Giraldo (2013, p. 103), se trata de un mercado considerado imperfecto por la propia dinámica de incertidumbre que rodea cualquier evento sanitario y su eventual desenlace. Hay una fuerte consideración sobre la asimetría de la información entre los actores, sobre todo en el *pool* de riesgo que deben asumir las aseguradoras y, eventualmente, los prestadores de servicios. Esto puede abonar a dinámicas de comportamiento que posibiliten el beneficio individual y no el colectivo (Peters, 2003).

En el caso concreto de Puerto Rico, el Estado, mediante la Administración de Seguros de Salud (ASES), delega las funciones principales de aseguramiento y prestación de servicios a agentes privados. La creación del contrato es unilateral y alude al

cumplimiento de leyes estatales y federales, así como a la búsqueda de la prestación de servicios de forma costo-efectiva. Dicho contrato requiere atención preventiva que aborde los determinantes sociales de la salud, pero en el marco de la contención de costos.

A continuación, se presentan los objetivos contenidos para la negociación del contrato vigente de ASES con las aseguradoras (RFP, 2018, pp. 4-5), que dan cuenta de la afirmación del párrafo anterior:

- Exigir a los contratistas que brinden cobertura y acceso a los servicios cubiertos en toda la isla a los afiliados en todas las áreas geográficas de Puerto Rico. Esto se logra mediante relaciones subcontractuales.
- Garantizar el acceso adecuado y oportuno a los servicios cubiertos para los afiliados en todo Puerto Rico, incluida la facilitación y promoción del acceso a la atención preventiva.
- Fomentar la competencia entre los contratistas para que se promueva la mejoría en calidad.
- Requerir que los contratistas se asocien con hospitales especializados propiedad del Gobierno.
- Alentar a los contratistas a asociarse con entidades proveedoras locales, tales como grupos médicos primarios (PMG, por sus siglas en inglés), grupos de proveedores y asociaciones de proveedores para aprovechar las mejores prácticas basadas en la isla y mantener las relaciones existentes entre afiliados y proveedores.
- Requerir que los contratistas propongan y demuestren iniciativas de ahorro de costos, programas y modelos de pago basados en el valor para el reembolso del proveedor para dirigirse a los afiliados de alto costo, alta necesidad (HCHN) en Puerto Rico.
- Establecer cohortes HCHN con gestión mejorada de contratistas y requisitos de ahorro de costos.

- Promover modelos de coordinación de la atención basados en el proveedor que aborden los determinantes sociales de la salud y reduzcan los gastos de atención médica.
- Exigir a los contratistas que implementen las mejores prácticas para abordar el uso elevado de los servicios que se prestan de manera más adecuada en entornos menos costosos; por ejemplo, estrategias para disminuir el uso no necesario de la sala de emergencias.

Los términos de referencia incluyen un resumen del alcance del trabajo que se exige a los proponentes. En adelante, se abordan aquellos aspectos que se consideran directamente vinculados a las categorías de análisis de esta investigación.

El artículo 1.6 del RFP (ASES, 2018) indica que:

ASES solicita propuestas para administrar la prestación de todos los servicios cubiertos bajo un contrato de riesgo capitado, cumplir con los requisitos del programa y realizar funciones administrativas y de desarrollo del sistema. El resultado que se espera de esta solicitud de propuesta es la creación de un sistema integral de prestación de servicios que brinde, de manera oportuna, la gama completa de beneficios y servicios ofrecidos en el Plan de Salud del Gobierno (PSG) en toda la isla, que garantice una atención costo-efectiva y centrada más en la calidad que en la cantidad de los servicios médicos. (p. 13)

ASES señala que los proponentes deben contar con la experiencia y peritaje que les permita cumplir, mínimamente, con las siguientes exigencias:

- Artículo 1.6.1. (ASES-RFP, p. 13) Cobertura en toda la isla: ASES está solicitando propuestas para las poblaciones elegibles al PSG en todo Puerto Rico, independientemente del lugar de residencia, incluidos Vieques y Culebra.
- Artículo 1.6.2. (ASES-RFP, pp. 13-15) Funciones generales del contratista: Los proponentes que resulten seleccionados para ejecutar un contrato con el PSG realizarán una amplia gama de servicios para garantizar una atención de calidad y un acceso oportuno a los servicios por parte de los beneficiarios. Las siguientes funciones se consideran las más apremiantes:

- Garantizar una atención de calidad y un acceso oportuno a los servicios cubiertos para todos los afiliados al PSG a través de un modelo de atención integrado y coordinado.
- Implementar y ejecutar modelos que resulten costo-eficientes y de ahorro para el PSG.
- Establecer modelos de atención coordinados enfocados en los beneficiarios identificados como de alto costo y altas necesidades (HCHN).
- Participar de manera activa y diligente en los esfuerzos de ASES, el Departamento de Salud y ASSMCA<sup>2</sup> para la prevención, promoción y educación en salud, con énfasis en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), abuso de sustancias, atención prenatal y materna y detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos.
- Brindar beneficios de acuerdo con el plan estatal de Medicaid en Puerto Rico para la población federal del PSG de Medicaid, de acuerdo con las limitaciones y los costos compartidos, como se describe en el plan estatal de Medicaid y CHIP.<sup>3</sup>
- Establecer una red de proveedores adecuada que garantice que los afiliados al PSG reciban un acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud. La red de proveedores debe cumplir estrictamente con las credenciales exigidas y debe tener una cantidad suficiente de proveedores y especialistas para satisfacer las necesidades de los afiliados. Además, la red de proveedores debe incluir y fomentar el uso de proveedores de salud que pertenecen o sean administrados u operados por el Gobierno de Puerto Rico, municipios, centros médicos

---

2. ASSMCA: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción del Gobierno de Puerto Rico.

3. CHIP (Children's Health Insurance Program): Programa Federal de Aseguramiento de Niños establecido mediante la Ley de Seguro Social de los Estados Unidos.

académicos, centros pediátricos del Departamento de Salud y centros de salud con calificación federal.

- Establecer un centro de atención telefónica en Puerto Rico con una línea de servicios de información y una línea gratuita de asesoramiento médico que esté disponible las 24 horas del día / 365 días al año, donde los afiliados reciban asistencia relacionada con su estado de salud y las instalaciones de salud disponibles para atender sus necesidades. Además, establecer una línea de crisis para las necesidades de salud de la conducta.
- Desarrollar y mantener un sistema de información con la capacidad de recopilar, procesar y transmitir todos los datos relacionados con el PSG, según lo requiera ASES.
- Desarrollar procedimientos sobre pólizas de seguros y responsabilidad civil y de coordinación de beneficios para garantizar que el PSG sea el último recurso como pagador. El contratista informará todos los servicios ofrecidos y las cantidades recuperadas a través de dichos sistemas, de acuerdo con las normas federales y el contrato PSG.
- Realizar pagos puntuales a los proveedores.
- Realizar auditorías internas y auditorías a subcontratistas y proveedores para garantizar que los servicios cubiertos se brinden a los afiliados de conformidad con el contrato y las leyes federales y gubernamentales de Puerto Rico.
- Cumplir con las leyes y regulaciones del Gobierno de Puerto Rico y el Gobierno Federal, así como con la política pública del Gobierno de Puerto Rico en asuntos relacionados con PSG.
- Establecer políticas y procedimientos para la acreditación de todos los proveedores, y asegurarse de que todos los proveedores estén inscritos en ASES como proveedores de Medicaid.

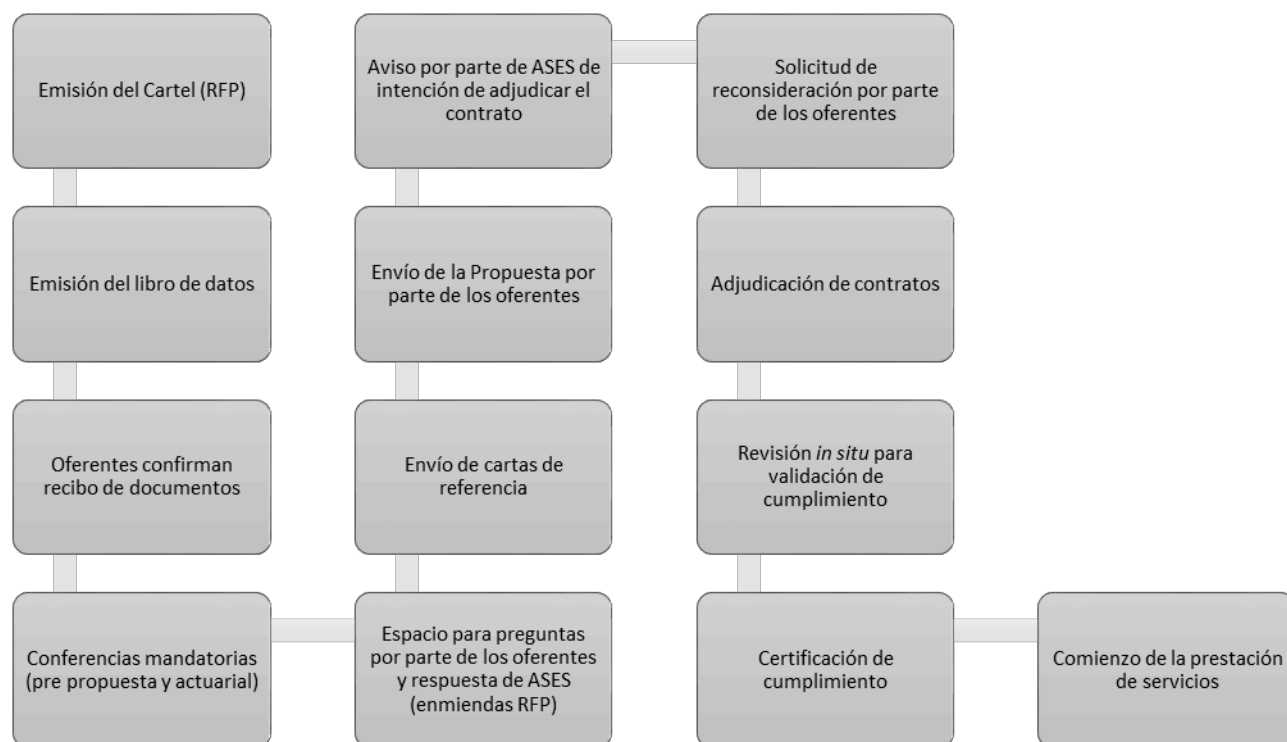
- Establecer programas para prevenir y detectar casos de fraude, despilfarro y abuso entre proveedores y afiliados, de acuerdo con los términos del contrato y CMS y las leyes y regulaciones aplicables del Gobierno de Puerto Rico.
- Cumplir con las reglamentaciones federales Medicaid/CHIP en relación con la paridad en Salud Mental y Adicción (MHPAEA).
- Cooperar estrecha y efectivamente con el Administrador de Programa de Farmacias (PBM-PPA) contratado por ASES en su desarrollo e implementación, y brindar los detalles específicos necesarios que faciliten el flujo de información para el pago de reclamos de farmacia, la revisión del uso de medicamentos y los protocolos para el manejo de servicio al cliente.
- Establecer un programa sobre utilización de servicios para todos los beneficiarios del PSG.

En cuanto a los términos del riesgo contractual, el artículo 1.7 establece que “el Contratista seleccionado asumirá los riesgos asociados con el modelo del PSG. Además, el Contratista puede elegir una estructura de riesgo compartido con los Proveedores que puede ser o no la distribución normalmente utilizada para el PSG” (ASES-RFP, 2018 p. 15). Indica dicho artículo que, para esto último, se requiere contar con la aprobación de ASES. En el caso de que las medidas utilizadas como plan de incentivo para los médicos ponga en riesgo a algún proveedor, deberán incluir medidas de tope de pagos (*stop-loss*), de acuerdo con las normativas requeridas (p. 15).

## **2.2 Fases del proceso de contratación**

En cuanto a las fases del proceso de contratación, ASES estableció una secuencia de eventos para que los proponentes interesados solicitaran su participación y completaran el proceso. La figura 12 resume el orden de eventos.



**Figura 12.** Eventos del proceso de adjudicación de propuestas

Fuente: Elaboración propia. Basado en ASES-RFP (2018, pp. 25-26).

De los eventos presentados en la figura anterior, resulta pertinente ampliar sobre lo que requiere ASES en términos del cumplimiento a inicios del proceso. En los primeros dos eventos en los cuales se emite el cartel de solicitud de propuesta y el libro de datos, se exige a los proponentes lo siguiente:

La solicitud debe incluir una certificación oficial por escrito del Presidente, CEO o funcionario local de más alto rango en la entidad que autorice al portador a obtener el paquete RFP, indicando el interés de la entidad en presentar una propuesta e indicando que posee la capacidad legal y financiera para presentar una propuesta. La entidad debe pagar una tarifa no reembolsable de \$10,000 para obtener la Solicitud de Propuestas (cartel) y el Libro de Datos con el fin de presentar la Propuesta y asistir a las Conferencias obligatorias de pre-propuesta y actuariales. (2018, p. 26)

En adición, establece que las entidades tienen el espacio de hacer preguntas para clarificar información, tanto del cartel como del libro de datos, hasta un máximo de 25 preguntas.

Dichas preguntas debían ser sometidas a ASES en un período de doce días calendario a partir de la entrega del libro de datos (ASES-RFP, 2018 pp. 28-29). Por otro lado, ASES establece que mantiene el derecho de realizar enmiendas al cartel en cualquier momento hasta el mismo día de entrega de las propuestas. Establece también que no se aceptan propuestas luego de la fecha establecida, que en este caso fue el 6 de abril de 2018, en o antes de la 1:00 p. m. (p. 29).

En los eventos finales del proceso de solicitud de propuesta, ASES notifica a los proponentes la intención de adjudicar o no el contrato. En ese momento, las entidades participantes tienen la oportunidad de solicitar una reconsideración dentro de los veinte días posteriores a la notificación. Si ASES no cumple con el tiempo designado para revisar la reconsideración o mantiene la resolución final de no adjudicación del contrato, el proponente puede solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de Apelaciones en Puerto Rico, dentro de un período jurisdiccional de veinte días calendario a partir de la fecha de envío del aviso de la resolución final (ASES-RFP, 2018 pp. 30-31).

### **2.3 Análisis del contrato**

En este apartado se presentan los resultados del análisis del contrato entre ASES y la aseguradora Triple-S. Esta aseguradora es una corporación privada con fines de lucro y mantiene operaciones en Puerto Rico. Es la aseguradora con mayor presencia en Puerto Rico y ha sido parte del Plan de Salud del Gobierno (PSG) desde los inicios de la reforma al sistema. En este momento tiene como afiliados al 32 % de los beneficiarios del PSG, lo cual la posiciona como la aseguradora con mayoría de asegurados. Analizar este caso de contratación, de acuerdo con Yin (1992), permitirá enfocar en un caso típico de contratación en Puerto Rico.

Este análisis se basa en las categorías fundamentales que plantea la teoría de la agencia en un contexto contractual neoclásico, en el cual se parte de la premisa de que puede darse en condiciones de mercado imperfecto y se promueve la adaptación a condiciones cambiantes (Williamson, 1991). Se requiere del establecimiento de un contrato con ciertos grados de flexibilidad y de relaciones basadas en la confianza que

protejan de comportamientos oportunistas por parte de los actores (Macq y Martiny, 2006).

En esta misma línea, se discuten categorías amplias como la temporalidad del contrato, flexibilidad y cobertura durante todas las fases del proceso de contratación. También se discuten subcategorías que surgen del análisis de contenido y del análisis del discurso de los informantes clave. En cuanto a la temporalidad, se consideran los plazos que se dan para cumplir con lo pactado entre ASES y Triple-S. En tanto, la categoría de flexibilidad del contrato es vista como la capacidad u oportunidad de realizar ajustes y cambios durante la implementación del contrato en torno a las necesidades surgidas en los beneficiarios (Chamizo, 2011, p. 13). En cuanto a la cobertura, se hace referencia al tipo de servicios de salud que están cubiertos, servicios que se excluyen, prerequisites para brindar dichos servicios y criterios de exclusión de servicios.

El cuadro 22 presenta un resumen de los hallazgos en dichas categorías durante las cuatro fases del proceso de contratación consideradas en esta investigación y que son discutidas con mayor detalle en los apartados siguientes.

**Cuadro 22. Proceso de contratación entre ASES y Triple-S**

Fases del proceso de contratación	Categorías de análisis del contrato		
	Temporalidad	Flexibilidad	Cobertura
<b>Diseño de la solicitud de propuesta (cartel)</b>	La solicitud a propuesta se publicó el 9 de febrero de 2018, con fecha de entrega para el 6 de abril de 2018 (ASES-RFP, p. 25).	Mantiene reglas estrictas y una base de datos sobre los beneficiarios del sistema, sobre la cual deben basarse los proponentes para hacer su propuesta. Establece que no hay espacio para negociar lo estipulado en los términos de referencia. Hay espacio para proponer cómo cumplir con lo requerido.	Amplia cobertura sobre los términos del contrato.
<b>Selección del contratista (aseguradora)</b>	El 25 de mayo de 2018 se preseleccionaron las aseguradoras. Durante el período de junio 15 a julio	ASES estableció fechas límites para el cumplimiento de los eventos requeridos. El	Se establecen los criterios de selección, los prerequisites para

	8 de 2018, se firmaron los contratos (ASES-RFP, p. 26).	cartel contiene una rúbrica de puntuación establecida por áreas de cumplimiento, en la cual el mayor incentivo de puntos está relacionado a la propuesta de costo de la prima a cobrar por cada beneficiario.	las entidades solicitantes, los términos de referencia y las revisiones o auditorías a realizar previo al comienzo del contrato.
<b>Proceso de implementación del contrato</b>	Este contrato está en efecto desde noviembre 1 de 2018 y se terminará en septiembre 30 de 2021. El contratista podrá comenzar a proveer los servicios de convertir a los afiliados en noviembre 1 de 2018. El término del contrato comenzó a las 12:01 a. m., hora de Puerto Rico. La fecha efectiva del contrato será vigente hasta las 11:59 p. m., hora de Puerto Rico en septiembre 30 de 2021 (artículo 21, p. 265).	Una vez otorgado el contrato, la aseguradora no tiene el derecho de abrir negociaciones, ni hacer cambios a su propuesta. Cualquier aseguradora que imponga la realización de cambios, puede ser descalificada. Esta normativa excluye las tarifas (ASES-RFP, p. 31).	
<b>Evaluación del contrato</b>	El contrato se evalúa anualmente. Se divide en los siguientes períodos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 de noviembre de 2018 al 31 de octubre de 2019.</li> <li>• 1 de noviembre de 2019 al 31 de octubre de 2020.</li> <li>• 1 de noviembre de 2020 al 31 de octubre de 2021.</li> </ul>	La evaluación del contrato es unilateral. Los términos para evaluación son establecidos por ASES en respuesta a las exigencias del Centro de Servicios para Medicare y Medicaid <sup>4</sup> (CMS, por sus siglas en inglés).	No queda establecido el proceso de evaluación del contrato. Sin embargo, se establecen las condiciones por las cuales se daría por terminado el acuerdo (artículo 35, p. 304).

Fuente: Elaboración propia. Basado en ASES-RFP (2018) y contrato Triple S-ASES (2018).

4. Esta es la agencia Federal de EE. UU. que regula y supervisa todo lo relacionado a los beneficios de los programas Medicaid y Medicare. Las descripciones de estos programas se encuentran en el Capítulo I.

### ***2.3.1 Temporalidad del contrato***

En relación con la *temporalidad* del contrato entre ASES y Triple-S, en términos específicos y tal cual se resumen en el cuadro 22, se indica que:

Este contrato estará en efecto en noviembre 1, 2018 y se terminará en septiembre 30, 2021. El contratista podrá comenzar a proveer los servicios de convertir a los afiliados en noviembre 1, 2018. El término del contrato comenzará a las 12:01 a.m., hora de Puerto Rico. La fecha efectiva del contrato será vigente hasta las 11:59 p.m., hora de Puerto Rico en septiembre 30, 2021. (artículo 21, p. 265)

Sobre la *selección del contratista y el proceso para aprobación del contrato*, se requiere del cumplimiento de los eventos establecidos en el cartel de la propuesta. El artículo 4.5.1 del contrato indica que:

ASES deberá conducir una revisión de preparación (readiness review) de las operaciones del contratista tres (3) meses antes del comienzo del nuevo programa de manejo de salud y cuando el contratista provea o haga arreglos para las provisiones de los servicios cubiertos para los nuevos grupos elegibles. Esta revisión incluye, como mínimo, una revisión en el lugar, en fechas y horarios determinados por ASES. Estas revisiones podrían incluir, pero no se limitan a, revisión en el lugar, de documentos provistos por el contratista, verificación de las facilidades, demostración de los sistemas de información, y entrevistas con el personal del contratista. ASES llevará a cabo la revisión de preparación para confirmar que el contratista es capaz y está preparado para desempeñar todas las funciones administrativas y para proveer servicios de alta calidad a los afiliados del plan de salud del gobierno. (p. 34)

En el artículo 4.5.5 del contrato se especifica que:

Los potenciales afiliados no se podrán suscribir en el plan de salud del gobierno hasta que ASES haya determinado que el contratista es capaz de cumplir con estos estándares. Un fallo del contratista en pasar la revisión de preparación puede resultar en una terminación inmediata del contrato. (p. 35)

En cuanto a la categoría de *evaluación del contrato*, se observa que es un proceso unilateral. Los términos para el proceso de evaluación son establecidos por ASES en respuesta a las exigencias del Centro de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). El contrato, por otra parte, expone las condiciones por las cuales se daría por terminada la relación contractual. Algunas de estas razones son el incumplimiento por parte del contratista cuando no existan fondos suficientes para el pago de las obligaciones por parte de ASES; en el caso de que el contratista o cualquiera de sus

accionistas, director, funcionarios o empleados caigan bajo las prohibiciones establecidas en el contrato sobre corrupción, actos criminales, entre otros (artículo 35, p. 304).

### ***2.3.2 Flexibilidad del contrato***

La *flexibilidad* del contrato se describe de forma general como conservadora, pero diversa en relación con las fases del diseño e implementación del contrato. Es decir, en algunos eventos del proceso, ASES mantiene el control absoluto y, en otras instancias, provee ciertos espacios discrecionales para la entidad que prestará los servicios.

Durante el proceso de competencia previo al contrato, los términos de referencia, mantienen reglas estrictas sobre los objetivos, contenidos y redacción de la propuesta, y una base de datos sobre los beneficiarios del sistema, de exclusivo manejo por parte de ASES. Esta base de datos, conocida como el libro de datos (*data book*), contiene la información de los beneficiarios del PSG, sobre la cual deben basarse los proponentes para hacer su propuesta. El dominio de esta información es determinante para los proponentes, pues contiene información de los beneficiarios del PSG, como datos sociodemográficos, de salud, geográficos entre otros.

Una vez recibida la información del cartel y el *data book*, los proponentes solo tienen una oportunidad de aclarar o intercambiar dudas y preguntas. Este renglón también es regulado a un máximo de 25 preguntas por proponente. Una vez es notificada la aseguradora de que está en el grupo seleccionado como ganador, se le indica que no hay espacio para negociar lo estipulado en la propuesta sometida.

El proceso final de selección de la aseguradora, aunque no es explícito, incluye en los términos de referencia una rúbrica de puntuación establecida por áreas de cumplimiento, en la cual el mayor incentivo de puntos está relacionado a la propuesta de costo de la prima por cobrar por cada beneficiario. En otras palabras, a menor costo propuesto en el pago por miembro asegurado por mes (PMPM), mayor puntuación se otorga.

Una vez otorgado el contrato, la aseguradora no tiene el derecho de abrir negociaciones, ni hacer cambios a su propuesta. Cualquier aseguradora que imponga la

realización de cambios puede ser descalificada. Esta normativa excluye las tarifas de costos de los servicios de salud (ASES-RFP, p. 31).

Como subcategorías identificadas dentro del proceso inicial de contratación, el cuadro 23 muestra los hallazgos sobre cuantía del contrato, formas de pago y población estimada como beneficiaria.

**Cuadro 23. Costos, formas de pago y población cubierta**

<b>Categoría</b>	<b>Resultado</b>
<b>Cuantía del contrato (costo total)</b>	El monto total específico del contrato no está detallado en la información recibida. Según el contrato, esta información aparece en el Apéndice 11, y en los apéndices consultados no se encuentra el número 11.
<b>Formas de pago a la aseguradora</b>	Los pagos serán facturados por miembro al mes (PMPM) por cada período que cubre el contrato (noviembre 1 de 2018 a octubre 31 de 2019; desde noviembre 1 de 2019 a octubre 31 de 2020; y desde noviembre 1 de 2020 a septiembre 30 de 2021). Cualquier incremento en el pago PMPM estará sujeto a las determinaciones propuestas por ASES (artículo 21.4, p. 265).
<b>Población cubierta o estimada</b>	El contratista será responsable de proveer los servicios a todas las personas determinadas “elegibles” para el Plan de Salud del Gobierno (GHP por sus siglas en inglés). Los grupos para servir bajo el GHP deben ser referidos colectivamente como “personas elegibles”. Estos grupos están sujetos a cambio y actualmente incluye: Medicaid y el Children's Health Insurance Program (CHIP). Todas las categorías de Medicaid y CHIP cubiertas en Puerto Rico y los planes estatales de Medicaid son elegibles a inscribirse en el GHP y deben ser referidos como “Medicaid y CHIP elegibles”. También conocidas como población federal, otros grupos que reciben los servicios de GHP sin participación financiera federal, la población del estado conocida como comunidad de Puerto Rico, sin importar la edad. Estos deben cumplir con los estándares de elegibilidad establecidas por el Programa Medicaid de Puerto Rico (artículo 1.3, p. 9).

Fuente: Elaboración propia.

### **2.3.3 Cobertura del contrato**

La cobertura de servicios de salud es otra de las categorías determinantes en el proceso contractual. El cuadro 24 muestra el tipo de servicio pactado, así como los servicios que son excluidos.

**Cuadro 24. Cubierta de servicios en el PSG**

<b>Concepto: Cubierta de servicios</b>	<b>Servicios que están cubiertos</b>	<b>Servicios excluidos</b>
<p>El contratista deberá proveer los servicios médicos necesarios a los afiliados inscritos desde el momento que es inscrito en la cubierta. El contratista no deberá imponer, negar o reducir los servicios cubiertos solamente por diagnóstico, tipo de enfermedad o condición. (artículo 7, p. 75)</p> <p>Servicios médicos necesarios son aquellos relacionados con prevención, diagnóstico y tratamiento. La cubierta básica incluye las siguientes categorías: servicios preventivos, pruebas de diagnóstico, servicios de rehabilitación a pacientes externos, servicios médicos y de cirugía, transportación de emergencia, servicios de maternidad y prenatales, servicios de emergencia, servicios de hospitalización, servicios de salud conductual, servicios dentales y servicios de farmacia. (artículo 7.2.1, p. 76)</p>	<p><i>Servicios preventivos:</i> El contratista debe proveer los siguientes servicios preventivos: inmunización de influenza, neumonía, vacunas para niños y adultos. También debe proveer vacunas a menores de 0 a 18 años, examen de audición para niños recién nacidos, evaluación nutricional, examen de cáncer de próstata y ginecológico, educación oral, nutricional y salud física. También incluye consejería familiar para reproducción y planificación familiar. (artículo 7.5.3.2, p. 80)</p>	<p><i>Servicios excluidos:</i> gastos materiales de comodidad personales con uso del teléfono, televisión y artículos de aseo, servicios prestados a un familiar o relativo (padres, hijos, hermanos, abuelos, bisnietos y esposos/as), tratamientos de control de peso (obesidad o ganancia de peso) de una persona estética, medicina deportiva, música terapia y medicina natural, servicios, pruebas diagnósticas o tratamiento ordenado por neurópatas, naturópatas o ideólogo, certificados de salud, servicios de anestesia epidural, servicios educacionales de evaluación, diálisis peritoneal, cuido de hogar para adultos, servicios recibidos fuera del territorios de Puerto Rico, gastos incurridos en tratamientos de condiciones que no son cubiertas en el Plan, evaluaciones para propósitos legales, costos de viaje (aunque sea recomendado por el médico primario), evaluaciones psicológicas, psicométricas y psiquiátricas para propósitos de litigio. Espejuelos, lentes de contacto y artefactos de audición para adultos, servicios de acupuntura, cambios de sexo, trasplante de órganos (excepto piel, huesos y trasplante de córnea), trato de infertilidad (esto incluye vaso vasectomía), equipo médico durable (DME por sus siglas en inglés). Tampoco se incluyen estudios</p>
	<p><i>Exámenes de diagnóstico cubiertos:</i> Hi-Tech Labs, Rayos X, electrocardiogramas, terapia de radiación, patología, gases arteriales y evaluación funcional pulmonar, servicios relacionados a diagnóstica códigos incluidos en el Manual de Desórdenes Mentales (DSM V). (artículo 7.5.4, p. 83)</p>	
	<p><i>Servicios médicos y de cirugía:</i> La cubierta incluye evaluación temprana, diagnóstico y tratamiento, servicios de médico primario (incluyendo servicios de enfermeras), tratamiento con especialista, tratamiento con subespecialista, visita al hogar por médico, servicios de anestesia, audiología, cirugía, servicios de enfermería, esterilización voluntaria, enfermedades renales. (artículo 7.5.6, p. 84)</p>	



	<i>Servicios de maternidad y prenatales:</i> Servicios de emergencias, servicios de hospitalización, servicios de salud mental, servicios de farmacia, servicios dentales y servicios de cobertura especial. (pp. 68-112)	polisomnografía y laboratorios clínicos fuera de Puerto Rico (artículo, p. 84), así como servicios de infertilidad, inyección intra-amniótica, entre otros (artículos 7.5.2, 7.5.4.2, 7.5.8.2, pp. 78-89).
--	---	--

Fuente: Elaboración propia. Basado en el contrato Triple S-ASES (2018).

En lo que respecta a los servicios de salud no incluidos, no se encontró ningún documento que indique las razones específicas de la exclusión. No obstante, un actor clave comentó lo siguiente:

Vital no cubre transplante de órganos, cirugías cosméticas, ni Hepatitis C. Esta última se supone que se cubra, pero como no hay dinero suficiente, se seleccionan solo algunos casos para darle el servicio. Estas decisiones las toma la Junta de ASES. IC-04

Sobre los servicios de medicamentos, un actor clave indicó que:

Hay racionamiento con los medicamentos, lo hay. No sé exactamente hoy día si lo están evaluando o cómo ha mejorado eso. Obviamente, la reforma tiene un formulario amplio, tengo que reconocer que sí que tiene un formulario amplio. Es verdad también, que es preferido que sean genéricos verdad. IC-05

Este entrevistado añade en sus verbalizaciones una importante distinción en términos de la cobertura de servicios en general, pues contrasta el término cubierta con la cobertura:

La cobertura... una cosa es cubierta y otra cobertura. Cubierta, los planes médicos te dicen ¡ah! se cubre X, Y, Z..., cuando tú vas a recibir cobertura, a que te den el servicio, hay un montón de cosas que te prometieron y no están ahí. Eso tiene que ver con la calidad. Te cubrimos todas las vacunas. Te cubrimos las terapias físicas... seis al año. ¿Quién se cura con seis terapias físicas al año? Y así por el estilo. IC-05

### 3. Servicios de salud

Dentro de los servicios de salud, a continuación se presentan los resultados encontrados en relación con varias subcategorías vinculadas a la prestación de servicios de salud. En adelante, se incluyen hallazgos sobre la gestión del contrato en cuanto a los proveedores

de servicio y acceso y calidad de la prestación de servicios. Además, se presentan resultados de otras subcategorías relacionadas como educación y prevención, derechos de los asegurados, proceso de atención a reclamaciones y procesos para evaluar la satisfacción del servicio recibido por parte de los usuarios.

### 3.1 Proveedores de servicios de salud

Una parte medular de la prestación de servicios de salud, desde el punto de vista del modelo estudiado, son los proveedores de servicios. De acuerdo con el contrato, la aseguradora debe cumplir con lo siguiente:

- El contratista debe tener una lista de proveedores disponible que cumplan con los requerimientos del contrato (artículo 9.1.2, p. 134).
- Las facilidades de los proveedores deben cumplir con las leyes federales de Puerto Rico y cumplir con las exigencias en términos de limpieza, higiene y accesibilidad (artículo 9.1.5, p. 136).
- El contratista debe poseer la documentación adecuada y la capacidad de brindar sus servicios (artículo 9.1.13, p. 138).

Según el artículo 9.2 del contrato (p. 139), ASES identifica como proveedores de servicios de salud las siguientes facilidades y profesionales:

- Un *centro de salud federal cualificado* (FQHC, por sus siglas en inglés) que ofrezca servicios externos bajo la sección 330 del acta de Servicios Públicos.
- *Médicos*: Persona que posea la licencia para práctica medicina como M.D. o D.O. en Puerto Rico.
- *Hospital*: Institución licenciada bajo el Departamento de Salud de Puerto Rico.
- *Practicantes proveedores de servicios no médicos*: Persona que posea licencia por el Estado de Puerto Rico y que esté matriculado en el programa de Medicaid

Puerto Rico o un practicante en adiestramiento bajo la supervisión de un proveedor de servicios de salud con licencia.

- *Laboratorio Clínico*: Entidad que esté certificada por el acta de laboratorios clínicos (CLIA) y que tenga las licencias vigentes del Estado de Puerto Rico.
- *Clínica de Salud Rural* (RHC, por sus siglas en inglés): Facilidad que el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos entienda que cumple con los requisitos determinados por la sesión 1986 (a) (2) del Acta de Seguro Social.
- *Departamento de Salud Local* (Departamento de Salud de Puerto Rico).
- *Escuelas de medicina*: Clínicas localizadas en una universidad de medicina.
- *Psiquiatras*: Persona que posea la licencia de medicina para practicar psiquiatría.
- *Psicólogos*: Persona que posea una maestría o doctorado en Psicología clínica o Consejería psicológica que cuente con la licencia de psicología de Puerto Rico.
- *Facilidad de desintoxicación*: Entidad o facilidad con certificación válida que provea tratamientos de desintoxicación.
- *Trabajador Social*: Persona con maestría en Trabajo social y con la licencia de trabajo social de Puerto Rico.
- *Centros de Intervención a corto plazo (Unidad Estabilizadora)*: Entidad o facilidad de salud que posee un certificado y licencia válida para proveer servicios de salud conductual expedidas en Puerto Rico.

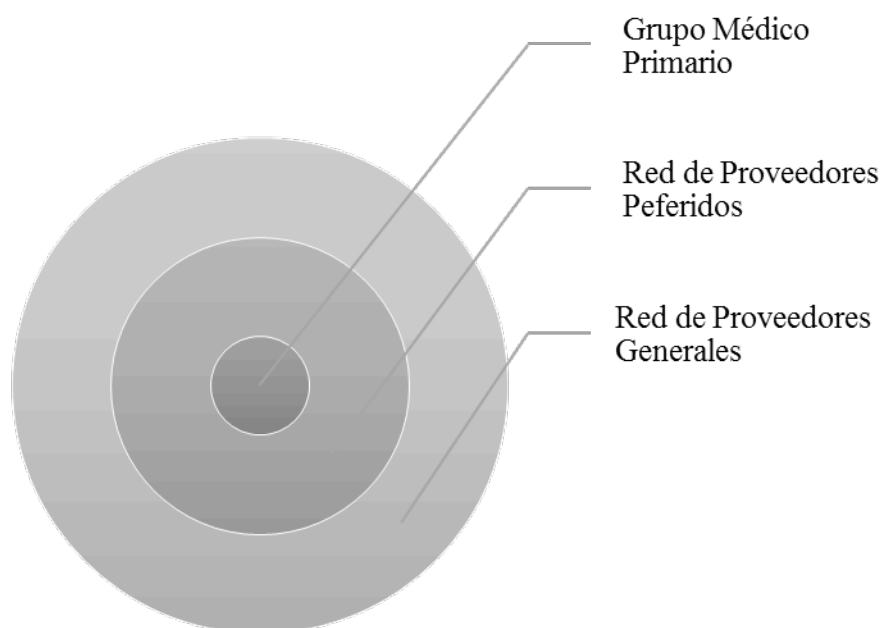
Como parte de la prestación de servicios, el contrato exige el establecimiento de redes de proveedores. La aseguradora es responsable de establecer las redes, en este caso con alcance a todo el país. El nivel más amplio en la red se denomina Red General de Proveedores, definido como aquel proveedor que tiene un contrato de servicios con el contratista para brindar servicios al PSG y cumple con los criterios requeridos por ASES.

De acuerdo con el artículo 9.3.3 del contrato, dentro de la Red General de Proveedores se debe establecer una Red de Proveedores Preferidos, con el fin de:

Aumentar el acceso a los Proveedores los servicios necesarios, mejorar la recepción oportuna de los servicios, mejorar la calidad de la atención de los afiliados, mejorar la continuidad de la atención y facilitar el intercambio efectivo de información de salud protegida entre los proveedores y los contratistas. (p. 150)

Dentro de la Red de Proveedores Preferidos se incluye el Grupo Médico Primario, el cual está compuesto por el médico de cuidado primario, psicólogos o proveedores de salud conductual, laboratorios clínicos, instalaciones de rayos X, especialistas y otros proveedores similares (artículo 9.3.3.2, p. 151). La figura 13 muestra los niveles que ocupa cada proveedor en la red.

**Figura 13.** Niveles de las redes de prestación de servicios



Fuente: Elaboración propia.

Como se expuso, los niveles de prestación de servicios están directamente relacionados al acceso de los beneficiarios sobre quienes proveen servicios de salud. Esto desde el primer nivel de atención hasta el nivel terciario de intervención. El artículo 9.3.3.3 del contrato establece que “los afiliados podrán recibir servicios de todos los proveedores dentro del

Grupo Médico Primario y la Red de Proveedores Preferidos sin derivación o restricción” (p. 151). Añade el contrato que “los afiliados que reciban una receta de un proveedor de la red dentro de la Red de Proveedores Preferidos o Grupo Médico Primario podrán surtir la receta sin los requisitos de una firma de su Médico de Cuidado Primario” (artículo 9.3.3.4, p. 151).

Los actores clave entrevistados han indicado que en la práctica continúa el proceso de expedir referidos y contrafirmas en las recetas, aun dentro de la red de proveedores preferidos. Mientras más especializado el servicio o mayor el nivel de atención, más justificaciones y restricciones de aprobación son solicitadas por las aseguradoras.

El actor IC-03 explicó:

Lo que pasa es que no cambió el modelo. El modelo es “manage care” con médico primario y referidos. El modelo desde el 93 no ha cambiado. Le han cambiado el nombre, el modelo sigue siendo el mismo. Ahora en teoría los pacientes pueden escoger cuál es, que no es muy real pero el modelo es el mismo. O sea, el modelo es un modelo con el cuidado debido, con médico primario, con unos referidos. IC-03

Añade otro actor clave:

Y hoy día tiene sus problemas en dos áreas principalmente. En que nuestro sistema te dice que para tu poder acceder a servicios especializados tienes que ir con un referido de tu médico primario. Estamos hablando de Reforma, de Vital. IC-05

Sobre las autorizaciones y aprobaciones, este actor clave alude a contradicciones con las cláusulas del contrato:

Las aseguradoras como ASES con quien entra en contrataciones es con las aseguradoras, las aseguradoras entonces contratan a los proveedores. Y las aseguradoras son las que establecen esa relación de tarifas y cuánto te pago, de utilización, qué te apruebo, qué no te apruebo. Y en cierta forma de lo que se quejan los proveedores, especialmente los médicos, es de que ¿quién está gobernando? IC-05

Sobre el modelo vigente y las restricciones, este actor clave señala:

El manejo de los referidos sé que a los pacientes no les gusta. Y a nosotros los médicos tampoco, porque es más trabajo, pero recuerda que es un modelo de medicina dirigida y creo que es una forma de los recursos que hay poderlos garantizar un poquito más. IC-12

Lo mencionado plantea que existe una contradicción entre las exigencias de ASES en el contrato y lo que diariamente enfrentan los proveedores de servicio y los beneficiarios.

Los hallazgos indican que no se han eliminado los procesos de referidos y contrafirmas, tal como fue definido en los principales cambios del PSG-Vital.

### **3.2 Acceso a la prestación de servicios**

Estos procesos discutidos en los apartados previos están vinculados al acceso y a la calidad de los servicios prestados al beneficiario. El acceso a la prestación de servicios es definido por ASES como “la disponibilidad adecuada de todos los servicios de cuidado de salud requeridos y que se contemplan en el modelo del plan de seguro de salud contratado” (p. 5). En el contrato, ASES establece que el contratista deberá proporcionar acceso adecuado a los afiliados en todo momento y estará sujeto a los requisitos de designación descritos en la sección 9.5. (pp. 157-159), la cual hace referencia a lo siguiente:

- Condiciones no urgentes: Exámenes y evaluaciones rutinarias, servicios de especialistas, dentales, laboratorios y otros similares. En el contrato se establece un período límite para acceder a dichos servicios, así como de horarios de servicios.
- Condiciones urgentes: Servicios de emergencia, disponibilidad de servicios para crisis de salud mental, desintoxicación, entre otros. Se establece también un período límite y de horarios de servicios en el contrato.

En adición, en el contrato se observan algunas exigencias que buscan cubrir necesidades especiales, a tales efectos expone:

- La existencia de acceso a servicios para afiliados con necesidades especiales de salud (artículo 9.5.2, p. 159).
- El contratista solicitará que los proveedores de su red evalúen cualquier condición progresiva de un afiliado con necesidades especiales de salud que requiera un curso de atención o tratamiento monitoreado regularmente (artículo 9.5.2.1, p. 159).

- El contratista deberá establecer un protocolo para evaluar a los afiliados para cobertura especial y administración de la atención (artículo 9.5.2.2, p. 159).

Con respecto a los horarios de atención y prestación de servicios, el contrato contiene las siguientes cláusulas:

- El contratista prohibirá que sus proveedores de la red tengan horarios diferentes para los afiliados del Plan de Salud del Gobierno (artículo 9.5.3.1, p. 159).
- El contratista solicitará que las unidades de estabilización del sistema de emergencia de los hospitales psiquiátricos tengan un horario de servicio que cubra 24 horas al día, 7 días a la semana (artículo 9.5.3.2, p. 159).
- Turnos de preferencia para los residentes de las islas municipio de Vieques y Culebra (artículo 9.5.4, p. 159).
- El contratista deberá establecer un sistema de turnos preferenciales para los residentes de la municipalidad isleña de Vieques y Culebra (artículo 9.5.4.1, p. 160).
- El contratista operará un centro de llamadas de servicios de proveedores con una línea telefónica gratuita para responder las preguntas de los proveedores (artículo 9.5.6.1, p. 160).

Diversos actores clave entrevistados han enfatizado en la dificultad del acceso a servicios de salud. En principio, exponen la dificultad de obtener referidos para niveles de atención secundario y terciario, y validan que los procesos continúan siendo complejos. Estas aseveraciones contrastan con los planteamientos del PSG-Vital, pues en los nuevos objetivos propuestos destacan que no son requeridos los referidos dentro de la Red Preferida de Proveedores:

Tal vez a los servicios primarios y como estábamos hablando de medicina preventiva yo creo que el acceso es bastante real. Ya a nivel secundario y terciario ya puede ser que el acceso se limita. A veces, ocasionalmente, tienen que esperar por una consulta, por un especialista, por un sub especialista seis meses, ocho meses, cinco meses. A veces tienen

que ir a Estados Unidos para que puedan ser evaluados allá porque o no tenemos el especialista o es muy poco el especialista en este momento en Puerto Rico que estén aceptando la Reforma. Tal vez hay muchos pero que no aceptan la Reforma de Salud. IC-12

Me han tocado en ocasiones unos médicos que lo piensan muchas veces para darme un referido que necesito... pero es algo que se discute con el médico y al final, los he conseguido (pausa) porque padezco de unas condiciones médicas y saben que cuando pido un referido es porque lo necesito... Si hablamos de lo que es Vital, qué es lo nuevo que tienen aquí en Puerto Rico, no te puedo decir absolutamente na' porque no he visto ninguna diferencia entre una cosa y la otra, ha seguido exactamente lo mismo. IC-09

Una doctora en Bayamón, que se negaba a darme el referido... Eh realmente no... yo sabía que era económico, que hay cierta cantidad de referidos que pueden dar al mes... que esto y lo otro... pues yo le decía que ella no puede poner en juego mi condición médica, que yo necesitaba ir a otro médico y que ella me tiene que referir. IC-09

Yo antes tenía privado, la tuve (la Reforma) porque para el huracán María me quedé sin trabajo, y pues la solicité. Es bien diferente a lo que yo tenía. Ahora es un poco más difícil conseguir los referidos. Antes yo iba directo al doctor que si me dolía un “desto” iba al doctor y ya... Ahora tengo que venir aquí y que el doctor me vea, a ver si es conveniente darme un referido para ir al otro lugar. IC-10

Como factor asociado al acceso, el actor clave IC-03 indica que muchas áreas están despobladas de servicios con consecuencias nefastas para la salud:

La gente no tiene los servicios cuando los necesitan. Ese es el problema principal de Puerto Rico, por ejemplo, cuando la gente dice que hay más incidencia de cáncer en Vieques, no hay más incidencia de cáncer en Vieques, pero hay más mortalidad y morbilidad porque llegan tarde a recibir los tratamientos. Eso ocurre en Vieques, en Culebra, en la montaña, en el sureste y en el suroeste que son las áreas más despobladas de servicios. No es que tienen más incidencias, pero están más enfermos porque llegan más tarde. IC-03

Otros actores clave describen la dificultad del acceso real a los servicios de salud añadiendo que, incluso aunque haya servicios disponibles y cubiertos por el PSG-Vital, hay otros factores como la poca disponibilidad de médicos especialistas en el país:

O sea que el acceso, aunque depende de que haya los servicios disponibles, y claro uno de los problemas que tenemos hoy día es la escasez en algunas áreas, especialmente en algunos municipios de los profesionales disponibles para el servicio. Que eso es una de las cosas por las cuales a veces el acceso no es bueno. Tú te vas a Jayuya (municipio rural del centro de la isla) y quieres ver un Endocrinólogo y probablemente no hay un Endocrinólogo por todo aquello y tienes que ir a Ponce (municipio del sur de la isla) y el de Ponce está lleno porque no hay... O sea, que tú tienes... se complica la cosa, pocos profesionales disponibles, el que el médico primario no te dé el referido a tiempo. IC-05



Eso es un poquito lento, pero ya uno se va acostumbrado de que a veces pues... un especialista uno demora mucho más... ya que hay pocos especialistas aquí en Puerto Rico, muchos han emigrado, pero por lo regular, verdad... pues sí, si me dan la cita, lo que tarda es el período de espera. IC-09

Dentro de la poca disponibilidad de médicos, se identifica la sobrecarga de trabajo como una de las razones determinantes en el acceso a los servicios de salud y que la atención sea de calidad. Así lo expresa el siguiente actor clave:

Entonces los médicos que son, que están viendo que son especialistas, sub especialistas y hasta médicos primarios estamos sobrecargados de trabajo. Ejemplo, yo tengo días de ver 40 pacientes, claro, no todos son de la Reforma de Salud, pero conozco cardiólogos que ven 35 y 40 pacientes todos los días. Y muchas veces están limitados los accesos de esos pacientes y de otros especialistas que no cogen la Reforma de Salud, porque no consideran atractivos los contratos que le da el Departamento de Salud o ASES.

Debería ser mejor... como mismo te digo una cosa te digo la otra... y eso está relacionado directamente a la cantidad de pacientes, yo quisiera dedicarle al paciente tal vez, media hora... ¡no puedo! No puedo, por el volumen alto de pacientes que tengo, no se puede... pero sí, debería mejorar... yo creo que el paciente debería ser mejor tratado en tiempo, en espacio. IC-12

### **3.3 Calidad en los servicios de salud**

Se debe resaltar que el concepto de calidad es una categoría estrechamente atada al acceso de servicios de salud. Sin embargo, distinto al concepto de acceso, la calidad en los servicios de salud no está explícitamente definido por ASES. El artículo 12 del contrato da cuenta sobre el requerimiento de la calidad en la provisión de los servicios de salud, esto desde el Programa de Mejora de Calidad y Rendimiento, el cual explícitamente indica que:

El contratista proveerá servicios de calidad a todos sus afiliados con la meta principal de mejorar sus estatus de salud, o en situaciones que el mejoramiento de la salud no sea posible, mantener el estatus de salud actual del afiliado implementando medidas de prevención de cualquier deterioro futuro de su salud. (p. 186)

Añade este inciso del contrato que el contratista tendrá programas de manejo y mejoramiento de calidad que podrían ser monitoreados por ASES (p. 186). Algunas especificaciones requeridas para la aseguradora en relación con la calidad del servicio son las siguientes:

- El contratista convocará y facilitará una junta de asesores (advisory board). Los miembros de esta junta servirán de asesores del contratista con asuntos relacionados a la entrega del servicio y a la calidad de estos, los derechos y responsabilidades de los afiliados, las resoluciones de quejas y apelaciones de los afiliados, y las necesidades de grupos representados por los miembros de la junta de asesores que sean pertinentes a Medicaid. (artículo 12.1.8.1, p. 187).
- El contratista cumplirá con los estándares federales y de Puerto Rico en relación con el manejo de calidad / mejoramiento de calidad (QM/QI, por sus siglas en inglés) (artículo 12.2.1, p. 187).
- El contratista deberá tener un plan de trabajo para la implementación de proyectos de mejoramiento en el desempeño (PIP, por sus siglas en inglés) que sean consistentes con los estatutos y regulaciones federales y de Puerto Rico (artículo 12.3.1, p. 189).
- El contratista deberá desarrollar un programa de iniciativa de calidad en sala de emergencias para implementar efectivamente y monitorear el uso de la sala de emergencia por los afiliados, incluyendo el uso justificado y legítimo por las condiciones de emergencia médica o emergencia psiquiátrica (artículo 12.4.1, p. 191).
- El programa de mejoramiento en los cuidados de salud consistirá en cuatro iniciativas: condiciones de alto costo, condiciones crónicas, personas saludables y alto uso de sala de emergencias (artículo 12.5.1, p. 192).

Como hallazgo, la mayoría de los actores clave entrevistados coincidieron en una concepción generalizada en torno a la calidad de los servicios, muy distinta a la definida en el contrato y a la gestión de este. En primera instancia, se observa este concepto atado al acceso de los servicios, como fue presentado en la categoría anterior. Por otra parte, se asocia la calidad directamente con el recurso humano que brinda los servicios de forma directa, es decir los médicos. En tanto, algunos actores hicieron énfasis en las facilidades médicas.

Algunos actores clave entrevistados expresaron que:

Bueno, los médicos tienen toda la calidad del mundo dentro de los recursos limitados que tienen. Nosotros tenemos los mismos boards que en Estados Unidos, los mismos parámetros, nos regulan por los mismos parámetros, nos evalúan por los mismos parámetros, aunque no tengamos los mismos chavos (pago). Pero, ciertamente, el problema es que la gente llegue. IC-03

Hay una serie de cosas, por ejemplo, para tu dar calidad de servicios tú tienes que tener calidad de profesionales que presten el servicio, calidad de instituciones que presten el servicio. La educación médica en Puerto Rico es buena. Nosotros tenemos cuatro escuelas de medicina acreditadas. Hay Estados que no tienen ni una. IC-05

En Puerto Rico en el 2006 no recuerdo bien, habíamos 14,000 médicos. En la actualidad son 9,000 médicos y ahí yo estoy seguro que están apareciendo licencias que están activas en Puerto Rico que los médicos están practicando la medicina en Estados Unidos. Creo que éramos 6,500 médicos generalistas los que habíamos en esa época. Creo que en la actualidad somos 4,000 o 3,500, 3,800. Los números han bajado dramáticamente en 10 años y van a seguir bajando si no se hace algo y va a haber un problema. IC-12

Vete a los hospitales, las salas de Emergencias en los hospitales posiblemente el 75, 80 por ciento de los emergenciólogos que están en las salas de emergencia de los hospitales o que están en estas clínicas que hay que hacen emergencias el 75 por ciento, el 80 son médicos generalistas. Que no solo están manejando la medicina primaria, sino que están manejando también la parte de emergencias médicas en los hospitales. IC-12

Otros actores, además de puntualizar en la falta de médicos, mencionan las facilidades de servicios como hospitales. Un ejemplo de ello lo expone el siguiente actor:

Hospitales, obviamente tienes que tener un profesional bien bueno, pero tienes que tener un hospital bueno que tenga los equipos necesarios, el personal adecuado, las medicinas necesarias. Nosotros tenemos creo que son 68 hospitales. A mi mejor entender, sería mejor tener 40 buenos que 68 donde hay unos pocos que no son lo que yo quisiera. Y eso existe hoy día. O sea, que eso incide en la calidad. Tú quieres que todos sean bien buenos, que todos tengan para cumplir. Ya hablamos de profesionales, de hospitales. Obviamente tenemos que hablar del acceso, planes médicos, en calidad. IC-05

### **3.4 Educación y prevención en salud**

Otras categorías vinculadas a la calidad en la prestación de servicios son la educación y la prevención en salud. Aunque todos los informantes clave reconocieron que estas dos variables son las bases de un buen sistema de salud, se encontró que ASES no cumple con esta exigencia. Un actor clave indicó:

En cuanto a la calidad, hay que decir que la medicina evoluciona y siempre hay espacio para mejorar. Por ejemplo, en ASES se quitó la oficina de Educación y Prevención. Esto está en el contrato de ASES, pero no existe en este momento. Y, si de verdad queremos ahorrar tenemos que prevenir. IC-04

No obstante, considerado un factor que puede impactar la calidad y que está vinculado al proceso de educación y prevención, se encontró que ASES exige a la aseguradora el establecimiento de políticas y procedimientos que propendan a garantizar ciertos derechos de los asegurados. El artículo 6.5.1 del contrato indica que:

El contratista deberá tener políticas y procedimientos escritos relacionados a los derechos de los afiliados y deberán cumplir con cualquier ley Federal o de Puerto Rico que sea aplicable a los derechos de los afiliados incluyendo el Acta 194 de Derechos del Paciente del 25 de agosto de 2000, así como el Acta 408 de la Ley de Salud Mental del 2 de octubre de 2000, y la Ley 77 del 24 de julio de 2013 que fue creada por la Oficina del Procurador del Paciente. (p. 61)

Entre los derechos de los beneficiarios del PSG-Vital, el contrato establece los siguientes:

- Recibir información conforme al código federal establecido; ser tratado con respeto, considerar su dignidad y privacidad; mantener todos los expedientes médicos confidenciales; recibir información de opciones de tratamientos disponibles, participar en la toma de decisiones relacionadas a su cuidado de salud, incluyendo su derecho a rechazar tratamientos; ser libre de cualquier forma de cohesión, solicitar y recibir copia de su expediente médico; seleccionar un representante autorizado en la toma de decisiones; proveer consentimiento informado; estar suplido con servicios de salud; ejercer sus derechos libremente incluyendo aquellos relacionados a quejas y apelaciones; recibir información sobre los servicios cubiertos y cómo acceder a ellos; no ser acosado por el contratista o su red de proveedores de servicios; entre otros (p. 61).
- Ofrecer un rango apropiado de avalúo y tratamiento preventivo, cuidado primario y servicios especiales que vayan acorde con el número de afiliados (que se esperan) y que cumplan con los estándares establecidos (sección 9.4, p. 151; artículo 9.1.12.1, p. 138).

- Mantener una red de proveedores suficiente en números, mixtos y geográficamente distribuida para cumplir con las necesidades del número anticipado de afiliados (artículo 9.1.13.1.2, p. 138).
- El contratista deberá proteger toda la información, archivos y datos recopilados para que no se divulguen sin autorización. El contratista acuerda guardar confidencialidad en la información de registro de los beneficiarios del plan. Toda información individual identificable relacionada a los suscriptores de Medicaid que sea obtenida por el contratista deberá ser limitada para los subcontratistas de este, sus consultores, asesores o agencias que requieran información para realizar sus tareas laborales en acuerdo con este contrato (artículo 34, p. 298).

En cuanto a los derechos descritos, ha quedado establecido que los primeros tres puntos reseñados no se cumplen en su totalidad. En lo que respecta al último punto presentado sobre la protección de los datos de los asegurados, no se encontró información que indicara algún incumplimiento.

### **3.5 Manejo de reclamaciones y satisfacción del servicio**

En el contrato estudiado, se mencionan indicaciones para la atención de quejas o reclamos sobre la insatisfacción del servicio prestado. El artículo 14.1.1 (p. 203) del contrato indica que el contratista establecerá un sistema interno de apelación de reclamos a través del cual los afiliados o los proveedores expresen su insatisfacción con el contratista o los retos en el rechazo de la cobertura o situaciones con pagos de los servicios cubiertos.

Cabe destacar que ninguno de los actores entrevistados vinculó este proceso al concepto de calidad. Tampoco fue vinculado a procesos de educación y participación como asegurados. Sin embargo, fue identificado concretamente como un derecho. La figura 14 muestra el proceso del sistema de quejas y apelaciones en general.

**Figura 14.** Proceso de quejas y reclamaciones



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con el artículo 14.1.2 del contrato, el sistema de quejas y apelaciones del contratista deberá incluir un proceso de queja, un proceso de reclamo, un proceso de apelación y acceso al proceso de audiencia de derecho administrativo (p. 204). El contratista debe designar por escrito un funcionario que tenga la responsabilidad principal de garantizar que las quejas, reclamos y apelaciones se resuelvan de conformidad con las exigencias del contrato (artículo 14.1.3, p. 204).

Otra cláusula del artículo 14.2 del contrato indica que algunas quejas de los afiliados deben ser atendidas con agilidad y en el punto de contacto, es decir, donde se generan. Este proceso es definido como “expresiones de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios que se resuelven en el punto de contacto en lugar de llenar una queja formal” (artículo 14.2.1, p. 208). En adición, este artículo del contrato plantea que:

- Las quejas o reclamaciones pueden ser presentadas por cualquier representante autorizado, puede ser de forma oral o escrita.
- Un afiliado puede presentar una queja dentro de los quince días calendario posteriores a la fecha de ocurrencia.
- El contratista deberá contar con procedimientos para notificar la disposición de las quejas a todos los afiliados en su idioma principal.

- El contratista deberá resolver cada queja dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de esta.

En relación con los procesos de reclamaciones o querellas, de acuerdo con los resultados de las entrevistas se percibió poco conocimiento de procesos sistematizados desde el nivel del primer punto de contacto. Un actor clave expresó:

¿Las reclamaciones? Eso llega a la aseguradora o el paciente llama directamente al procurador del paciente o la procuradora y hace la querella. La querella la recibimos a través de la aseguradora y la manejamos. Paciente alega que el referido para el cirujano no se le dio a tiempo o se le está denegando. Entonces pues tu analizas el caso, vas a buscar el record médico del paciente, hablas con el doctor... mira qué fue lo que pasó con el fulano, no yo no le denegué yo simplemente le dije que yo quería que el hiciera esto y que la semana que viene cuando venga con esos análisis decidiremos si va para el cirujano o no va para el cirujano. IC-08

Por último, dentro de las medidas de calidad, ASES exige a los contratistas la aplicación de encuestas de satisfacción. El artículo 12.7 del contrato expone los siguientes parámetros a considerar en las encuestas:

- Las encuestas de satisfacción para proveedores y afiliados serán anuales.
- La encuesta para los afiliados será la evaluación del consumidor de los proveedores y sistemas de atención médica y los resultados en la experiencia de cuidado y salud.
- El tamaño de la muestra para ambas encuestas será igual al número de encuestados necesarios para un nivel de confianza estadística del 95 % con un margen de error no mayor al 5 % y no tendrá una tasa de respuesta menor al 50 %.
- Los resultados de las encuestas se enviarán a ASES y al Programa Medicaid de Puerto Rico.
- El contratista deberá tener un procedimiento para notificar a los proveedores y afiliados sobre la disponibilidad de los resultados de las encuestas y ponerlos a disposición de solicitud.

- El contratista deberá tener un proceso para utilizar los resultados de las encuestas de proveedores y afiliados para monitorear los servicios y realizar mejoras en el programa.

Sobre este punto de encuestas de satisfacción, no se tuvo acceso a informes por parte de ASES que den cuenta de la compilación de resultados, ni del uso de esta información para mejorar planes de trabajo o la prestación de servicios.

#### **4. Evaluación del cumplimiento del contrato**

La evaluación del cumplimiento del contrato es otra de las categorías centrales por considerar en la relación entre el agente y el principal. Este proceso puede resultar determinante en la toma de decisiones de ambas partes.

ASES en el contrato con Triple S indica en el artículo 35.1.1.1 (p. 304) que puede terminar este contrato por alguna o todas las siguientes razones: incumplimiento del contratista de los servicios y acuerdo contractuales, insolvencia o declaración de banca rota por el contratista, cuando no existen fondos suficientes para los pagos de las obligaciones de ASES bajo este contrato, o cuando el contratista o uno de sus accionistas, director, oficiales o empleados caigan bajo la prohibición establecida en las secciones 29.1 y 29.6 de este contrato (crimen de corrupción, fraude, o malversación de fondos públicos; crimen relacionado con Medicare, Medicaid o los servicios del programa Título XX).

Como criterios de evaluación para el cumplimiento en la prestación de servicios, acceso y calidad de estos, ASES establece una serie de informes periódicos requeridos, así como la realización de auditorías. El artículo 18.1.1 (p. 238) del contrato menciona que ASES puede, a su discreción, requerirle al contratista que someta informes adicionales o cualquier otro dato, documentación o información relacionada con el desempeño de las obligaciones del contratista *ad hoc* y recurrentes como sean requeridas por ASES o CMS. Si ASES solicita cualquier revisión de informes que fueron sometidos, el contratista deberá hacer los cambios y volver a someterlos, de acuerdo con el período y formato especificados por ASES.



A continuación, se incluye el cuadro 25, el cual da cuenta de los tipos de informes requeridos por ASES y los períodos de cumplimiento.

**Cuadro 25. Informes requeridos por ASES a Triple-S**

Tipo de Informe	Período o fecha
<b>Informe semanal</b>	Los viernes de la próxima semana
<b>Informe mensual</b>	Los días 15 en calendario del siguiente mes.
<b>Informe trimestral</b>	Los días 30 en calendario del siguiente mes.
<b>Informe semi-anual</b>	Marzo 31 y septiembre 30 del año en contrato.
<b>Informe anual</b>	90 días calendario después del final del año en contrato.
<b>Al contratista le serán solicitados informes</b>	Informes administrativos, informes de reclamos, informes de servicios cubiertos, informes de proveedores, informes de calidad, informes de integración del modelo, informe de disponibilidad de sistemas e informes de desempeño e informes financieros (pp. 241-249).

Fuente: Elaboración propia.

En relación con dichos informes, el artículo 18.1.3 (p. 238) declara que el contratista deberá someter todos los informes, incluyendo y no limitándose a aquellos requeridos por la Ley 72, artículo 7, sección 2, en la manera y formato prescrito por ASES. Añade que todo informe cuantitativo deberá incluir una tabla resumen que presente los datos en el tiempo (mensual, trimestral, o el año hasta la fecha), dirigidos por ASES (artículo 18.1.5, p. 238).

Sobre las evaluaciones requeridas y la diversidad de informes que se solicitan a la aseguradora, los actores clave coincidieron en que no conocen los resultados, ni las acciones que se toman con la información que ASES recibe. Un entrevistado mencionó:

Entonces, por ejemplo, ASES pues tiene un montón de información de consumo, de servicios y que se yo que... Lo que yo no sé si hay, yo no lo he visto verdad a lo mejor

existe, es que se coja esos datos y se analicen y se conviertan en información que se use para planificar, entiendes. Porque pueden tener montón para poder proyectar, pueden tener montones de datos de utilización de visitas a salas de emergencias, de operaciones de esto, de tantos casos de cáncer, de tantos casos de aquello. ¿Pero qué significa eso para la salud del país? IC-05

En esa misma línea, específicamente con las auditorías, de manera general expresa el contrato que el contratista deberá asistir y colaborar con ASES en cualquier asunto y actividades relacionadas a cualquier auditoría o revisión, es de naturaleza federal, privada, o interna, sin costo para ASES (artículo 53.1, p. 318). Como acuerdo entre las partes, los artículos 53.2 y 53.3 del contrato señalan que:

El contratista deberá ser responsable por cualquier costo incurrido por cualquier asunto o investigación relacionado a auditorías. Además, el contratista no podrá cobrar alguna tarifa o compensación a ASES por cualquier asunto, actividad o investigación relacionada a una auditoría o revisión.

ASES se reserva los derechos de auditar al contratista y/o a sus subcontratistas en cualquier momento durante el término del contrato. El contratista y/o sus subcontratistas serán los únicos responsables de cubrir los costos de esas auditorías. (p. 318)

A tales efectos, los actores clave indicaron no tener información de los resultados de las auditorías y, de igual manera que con las evaluaciones, desconocen si el resultado de estas se traduce a mejoras en la implementación de las políticas del Plan de Salud del Gobierno y del sistema de salud en general.

## **5. Breves interpretaciones finales**

Con lo expuesto quedan dilucidadas las categorías de análisis pertinentes a este capítulo. Sin embargo, para concluir es preciso repasar y discutir algunos hallazgos de las categorías centrales del análisis. Como contexto, es necesario repasar los cambios normativos recientes generados desde la política pública del Estado e implementados por la Administración de Seguros de Salud (ASES).

El primer cambio proyectado públicamente fue el nombre del Plan de Salud del Gobierno (PSG), antes llamado Mi Salud y a partir del año 2017 nombrado Vital. Junto al cambio de nombre, se implementaron nuevas normativas contenidas en la solicitud de propuesta (RFP, por sus siglas en inglés) publicada en febrero de 2018. Cabe destacar que

estos cambios no están comprendidos en la Ley 72 de 1993, según enmendada, que dio paso a la reforma del sistema de salud.

En resumen, los cambios se dirigen a procesos específicos en cuatro áreas que, según el marco normativo estipulado en la solicitud de propuesta, hacen referencia a beneficios directos para los usuarios del PSG-Vital. El primer cambio permite que los asegurados puedan seleccionar cualquiera de las aseguradoras preseleccionadas por ASES, independientemente de su área de residencia. El segundo cambio apunta a la implementación de un modelo de identificación de asegurados con condiciones de salud de alto costo y alta necesidad (HCHN, por sus siglas en inglés). Como tercer cambio, se identificó la apertura a las aseguradoras para que utilicen modelos “creativos” que les permitan subcontratar proveedores alrededor de la isla para una mayor cobertura. El último cambio permite que las aseguradoras tengan más libertad para contratación selectiva, con el fin de establecer redes de servicios de salud para un mejor servicio a los asegurados.

A partir de los nuevos cambios diseñados, se observa la atención a algunas fallas crecientes en el PSG, documentadas en las diversas evaluaciones realizadas al sistema de salud. Empero, no resuelven las fallas históricas de la Administración de Servicios de Salud y, por ende, del sistema de salud del Gobierno. Es decir, los cambios se dirigen a procesos administrativos entre ASES y las aseguradoras, lo cual no significa cambios en el modelo de atención. El PSG-Vital continúa caracterizado por un modelo de prestación de servicios por capitación, que está enfocado en el concepto de pago por enfermedad potencial.

Ante esto, el análisis de contenido que resulta de las entrevistas da cuenta de que dichos cambios no atienden los problemas que presenta un modelo público-privado en condiciones de mercado. Por el contrario, se agudizan las limitaciones que ya presentaba el sistema de salud. El Estado continúa delegando sus funciones, limitando su actuación a controlar el proceso de contratación de las aseguradoras mediante la Administración de Seguros de Salud (ASES).

El caso de contratación estudiado en esta investigación abarca la clásica integración

del sector privado como asegurador del Plan de Salud del Gobierno, en una relación basada en condiciones de mercado. En este caso, las condiciones contractuales gestionadas a través de ASES, de forma unilateral, mediante una solicitud de propuesta, mantienen al Estado como ente regulador y fiscalizador de lo pactado. Por su parte, las aseguradoras privadas son las entidades que administran la prestación de servicios de salud.

Desde la teoría de los cuasimercados de la salud, este tipo de condición contractual presupone la mirada de la salud como una mercancía, en la cual el sector privado con fines de lucro hace un balance entre costos y gastos para generar ganancias económicas. Esto tiene serias implicaciones, sobre todo cuando el bien que se pacta es el binomio salud-enfermedad, el cual es variable, dinámico e impredecible. El riesgo que supone no conocer con certeza cuántas personas se enfermarán y cómo van a enfermarse y, por ende, cuánta atención en salud requerirán, presupone que se controlará la demanda de los servicios, particularmente en modelos de salud por capitación (Franco Giraldo, 2013).

El contrato estudiado evidencia los planteamientos anteriores, ya que el pago por paciente se basa en una prima pre-acordada por participante, lo cual significa que no contempla con precisión, en su costo, lo que a futuro puede gastar cualquier usuario del PSG-Vital. Si bien las aseguradoras hacen sus cálculos de costos a raíz de los libros de datos, como indican los estudios sobre el tema, nunca es posible adelantar los costos reales.

Las aseguradoras generan procesos administrativos y contratos a proveedores de servicios en los cuales se garantice la contención de costos y el riesgo se minimice o se traslade al siguiente eslabón de la cadena. Por ejemplo, las aseguradoras mantienen una red de proveedores de servicios de salud que responden a un sistema de pre-autorizaciones. Esto significa que, para que un participante del PSG-Vital pueda acceder a servicios médicos secundarios y terciarios, a medicamentos y a otros servicios, debe tener una autorización de su médico de primer nivel de atención, como un mecanismo de control de gastos. Este hallazgo contradice uno de los nuevos cambios establecidos por ASES, como fue descrito. ASES incluyó en el contrato la eliminación del sistema de pre-autorizaciones, pero es un proceso que, según los actores clave entrevistados, en la

práctica no se cumple. De hecho, los prestadores de servicio directo expresaron en las entrevistas que, si no se realiza y se genera la evidencia de la pre-autorización, la aseguradora no hace el pago por el servicio.

Entonces, en un modelo que traslada el riesgo al médico primario, puesto que su ganancia está supeditada a los gastos del paciente, genera un dilema profundo. Es decir, los médicos primarios deben mantener una infraestructura de servicios, que resulta altamente costosa, para cumplir con la diversidad de requisitos y brindar los servicios de salud. A fin de cuentas, desemboca en la restricción de servicios de salud a los usuarios, pues añade procesos burocráticos a la gestión del paciente y limita el acceso oportuno.

Sin embargo, como se ha mencionado, ASES contrata directamente con las aseguradoras y no muestra participación en el proceso de contratación entre las aseguradoras y los prestadores de servicios. No obstante, ambas relaciones contractuales implican delegación de competencias e incluso de riesgos, pero no queda claro qué tipo de incentivos, más allá del pago por servicios, se establece para mitigar el comportamiento oportunista.

Según Ruiz *et al.* (2008, p. 60), los incentivos y controles contractuales pueden tener distintas direcciones porque varios actores comparten la responsabilidad de ofrecer servicios en un mercado regulado. En un contrato, que por su naturaleza resulta imposibilitado de contener y estipular todas las contingencias de la prestación de servicios de salud, es más previsible que los intereses divergentes entre las partes conduzcan a un comportamiento oportunista. Por otro lado, si el contrato no mantiene un balance en su definición de bienes, temporalidad, precios, cantidades, resultados esperados, entre otros aspectos centrales, dada la incertidumbre y la complejidad de los servicios, se genera lo que se conoce como una contratación incompleta.

En suma, la política del sistema de salud de Puerto Rico ha denominado como intermediario entre el Estado y la prestación de servicios de salud a aseguradoras privadas con fines de lucro. Desde el punto de vista de una estructura de mercado, en este estudio la contratación entre el agente y el principal se ha caracterizado por generar lo que se conoce como una contratación incompleta. A su vez, la relación contractual mantiene

altos niveles de incertidumbre en la relación entre aseguradoras y redes de servicios, puesto que es un área administrativa en la cual ASES no tiene injerencia.

Con los hallazgos del estudio de estas categorías a lo largo del proceso de contratación, se sustenta el planteamiento anterior. Las principales categorías contractuales analizadas en este capítulo fueron temporalidad, flexibilidad y cobertura. Al examinar la flexibilidad del contrato, se encontró que se trata de un contrato que no contextualiza las necesidades de la población que se atiende, ya que el contrato tiene espacios considerados muy abiertos, con el fin de que la aseguradora pueda brindar servicios en toda la isla. El contrato examinado es exactamente igual a los contratos de las otras cuatro aseguradoras que están implementado las políticas del PSG-Vital. Todas brindan servicios a las áreas urbanas, suburbanas y rurales, y no existen especificaciones sobre alguna diferencia estipulada que contemple los tipos de servicios y necesidades por zonificación.

En cuanto a la categoría de temporalidad, los plazos contractuales se consideran limitados para el cumplimiento con informes y evaluaciones requeridas. En resumen, aunque la negociación pactada implica tres años de servicios continuos, dicho período está sujeto a evaluaciones anuales. Estas evaluaciones son formativas y sumativas y, de acuerdo con su nivel de cumplimiento, puede considerarse continuar con el contrato o finalizarlo. Es importante mencionar que el PSG-Vital tiene una combinación de fondos estatales y federales, por lo cual se duplica la cantidad de informes solicitados.

Las aseguradoras dependen de la información que ofrezcan los prestadores de servicios para completar la mayoría de sus informes. Esto implica que los proveedores de servicios de salud tienen como prioridad las áreas por las cuales se les evalúa y se les paga. En otras palabras, el proveedor de servicios tiene que cumplir con unos requisitos de informes y evaluaciones mensuales, trimestrales y anuales que incluyen procesos y métricas específicas vinculadas a la atención curativa de la salud. Por lo tanto, no tienen ningún incentivo para establecer prácticas de prevención en salud y, de igual forma, carecen de tiempo y recursos para fomentar mayor calidad en los servicios de salud que brindan.

Otra categoría que se analiza en el contrato es la cobertura. Se debe mencionar que el PSG-Vital contiene una cubierta de servicios de salud cerrada y que no permite actualización o ampliación de la cobertura durante el período de contrato. Las únicas excepciones son consideradas en casos catastróficos, es decir, cuando un paciente muestra una enfermedad terminal y los gastos médicos de dicho paciente son cubiertos por ASES, no por las aseguradoras. Esta práctica resulta en que el Estado, en muchas ocasiones, pague dos veces la atención médica a beneficiarios del PSG-Vital. Es decir, ya han emitido un pago a la aseguradora por ese paciente, pero si su enfermedad se convierte en catastrófica, se categoriza de forma diferente al asegurado y el costo del tratamiento lo asume ASES. En adición, la cobertura, es considerada limitada, puesto que el acceso a servicios secundarios y terciarios tiene restricciones preestablecidas en servicios médicos como estudios, pruebas, laboratorios, entre otros.

Finalmente, se hace referencia a la asimetría de la información que ha permeado en el proceso de contratación. La compañía Triple-S mantiene una ventaja frente a los demás agentes aseguradores, ya que ha sido la única aseguradora que ha estado desde el comienzo de la reforma. Incluso, durante un período de varios años fue la única aseguradora del PSG. Por ende, el manejo de la información de esta compañía sobre ASES y sobre los beneficiarios es privilegiada. De hecho, de la investigación surge que dentro del nuevo cambio establecido para que los asegurados tuvieran libre selección Triple-S llevó ventaja, pues ya tenía experiencia manejando las redes de proveedores en toda la isla.

De acuerdo con Ruiz *et al.* (2008, p. 44), las implicaciones de este tipo de mercado interconectado, donde los aseguradores mantienen mayor control de la información, involucran tres áreas principalmente:

1. Los aseguradores pueden fijar precios considerados competitivos y su mayor incentivo sería ajustar el precio a los proveedores de servicios, en donde estos quedan en desventaja.
2. Las aseguradoras pueden generar economías de escala al comprar mayor volumen y cantidades de servicios. Estos ahorros no necesariamente son

transferidos a otros actores del sistema.

3. Ante el dominio de la información de la aseguradora, puede limitarse la información al asegurado, pues no posee la capacidad técnica para tomar decisiones sobre su consumo, esto podría denominarse como un riesgo de abuso moral.

En el siguiente capítulo, se esquematiza la red de actores estratégicos que se identificaron en el Capítulo III y en este apartado. Se establecen los roles específicos de cada uno y su capacidad de incidencia en la toma de decisiones. A su vez, se comparan los roles reglamentados con su ejecución en la práctica y la repercusión de sus acciones en torno al acceso y la calidad de los servicios de salud.



## **CAPÍTULO VI**

### **ACTORES ESTRATÉGICOS CON CAPACIDAD DE INCIDENCIA Y LAS CONDICIONES DE ACCESO Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Los capítulos anteriores han contextualizado el proceso de reforma del sistema de salud, así como los cambios estructurales e institucionales prevalecientes. También, se han precisado los actores estratégicos involucrados en dichos procesos. En continuación con la dimensión de análisis sobre actores estratégicos y la toma de decisiones, este capítulo corresponde a los resultados del tercer objetivo de esta investigación, es decir, analizar las decisiones de los actores estratégicos y su incidencia en la prestación de los servicios de salud.

En este Capítulo VI, se hace un esquema con mayor precisión de los actores centrales del sistema de salud, particularmente los vinculados al Plan de Salud del Gobierno, Vital (PSG). Se pretende dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el poder que le confieren las leyes a los actores? ¿Qué cargo desempeña o tiene el actor? ¿A qué nivel de toma de decisión se sitúa el cargo del actor? ¿Qué actores tienen poder de veto en las decisiones? ¿Qué actores tienen la potestad para determinar la agenda de los procesos de decisión? ¿Qué rol tiene el actor en la reforma en salud? ¿Cuál es el balance de costos y beneficios para los actores? ¿Cuál es la capacidad de cada uno de los actores que participan del proceso de contratación para afectar a favor o en contra los resultados de cada objetivo del proceso de reforma?

El desarrollo de los resultados comienza con la presentación de los actores públicos y privados y una descripción de sus roles y funciones, de acuerdo con la normativa vigente. Luego, se analizan las relaciones entre estos y se contrastan los roles definidos en las leyes versus los roles que ejecutan en la práctica. Al final, se presenta un mapeo de los actores que dan cuenta de las interacciones identificadas en la investigación.

Como metodología, se realizó un análisis documental y entrevistas a informantes clave. Los documentos utilizados en este apartado fueron documentos del Departamento de Salud, de la Junta de Supervisión y Administración Financiera (PROMESA) y el Gobierno de Puerto Rico, la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, el Reglamento General de la Administración de Seguros de Salud (ASES), las leyes habilitadoras de agencias públicas, colegios y organizaciones de diversos sectores, los contratos otorgados por ASES, los comunicados oficiales de ASES, los artículos de prensa local e internacional y la bibliografía de investigaciones sobre el tema.

Con los resultados que se presentan en este capítulo, se obtiene la información que permitirá revelar las decisiones y procesos que repercutieron en las condiciones de acceso y calidad en la prestación de servicios de salud. Esto último se analiza en el Capítulo VII.

## **1. Esquematización de actores estratégicos**

Como se ha analizado en los capítulos anteriores, el sistema de salud de Puerto Rico ha tenido cambios profundos en la política pública de salud, a partir de la reforma sanitaria del año 1993. Estos cambios abarcan desde el marco normativo y reglamentario, es decir, el diseño institucional, hasta la estructura funcional del Gobierno de Puerto Rico. Con la introducción de nuevos agentes públicos y privados, la reorganización del sistema de salud ha sido uno de los mayores retos y ha impactado directamente la prestación de servicios de salud.

Desde el nuevo institucionalismo planteado por Peters (2003), cuando se propone un análisis con especial atención al diseño y desarrollo normativo, se incluye una mirada a los actores, su comportamiento e interacciones. Estas interacciones, con base en la teoría de la elección racional, son consideradas como parte de un proceso consciente y bidireccional, lo cual implica que los actores son capaces de influenciar el comportamiento institucional y, a su vez, se ven influenciados por las instituciones (March y Olsen, 1989).

La importancia de reconocer estas bases teóricas del neoinstitucionalismo, con base en la elección racional, es que este estudio considera las interacciones de los actores vinculados tomando en cuenta el contexto en el cual se crearon, diseñaron y desarrollaron las reglas de juego. También, se identifican los roles establecidos en el marco legal, así como las prácticas

implícitas o fuera del marco normativo que han impactado los resultados deseables de esta política de salud.

En tanto, el ciclo de las políticas públicas planteado por Subirats *et al.* (2008) identifica actores de la esfera pública y de la esfera privada en el proceso de formulación y gestión de las políticas públicas. Pallavicini, Chamizo y Vargas (2013, pp. 14-15) definen este grupo de actores como:

- actores oficiales (públicos): actores investidos de poder de acuerdo a su posición para participar del proceso de formulación y gestión de políticas públicas
- actores privados: categoría amplia que incluye grupos de interés como: sindicatos, partido políticos, organizaciones académicas, medios de comunicación y ciudadanos individuales.

Subirats *et al.* (2008, pp. 52-53) describen diversas nociones, perspectivas y características que pueden poseer actores involucrados en la arena política y su modo de intervención durante el ciclo de una política pública. Algunas de estas son las siguientes:

- La noción de actor hará alusión, según el caso, a un individuo, a uno o varios grupos de individuos o a una organización en función de las ideas compartidas y del interés común que define a sus miembros.
- La intervención de los actores a veces es directa y tangible, en otras ocasiones solo es posible identificarla de manera indirecta o poco visibles.
- No todos los actores públicos y privados intervienen en todas las fases de una política pública.
- Los actores, en el marco de una política pública determinada pueden tener diversos grados de organización interna, controlar recursos diferentes y poseer una capacidad de movilización externa también distinta.
- Se pueden observar actores que se opongan tardíamente a una política pública, manifestándose solo en la última fase de su puesta en práctica (fase de negociaciones finales en la implementación).

Estos autores introducen otras premisas a considerar en el análisis de la actuación de los actores públicos y privados (pp. 54-55):

- La actuación de un actor, no solo se reduce al rol asignado. El actor siempre tiene un margen de maniobra en mayor o menor grado.
- Los actores individuales o colectivos, explotan conscientemente las denominadas zonas de incertidumbre para promover sus propios valores, ideas e intereses.
- El comportamiento de un actor nunca podrá reducirse a su dimensión puramente instrumental, es decir, a la consecución de un objetivo definido ex ante con base únicamente en la reflexión sobre la elección de mejor alternativa posible. Estos pueden considerar satisfacer sus intereses personales también.

Asimismo, cabe señalar que el ámbito de una política pública tiene diversos espacios de interacción. Para este análisis, se examina el contexto en el que se desarrolla la política y el espacio interior en el cual interactúan el conjunto de actores públicos y privados, que se conectan a través del problema considerado resoluble (Subirats *et al.*, 2008, p. 57). Por ejemplo, cuando se habla del contexto en este análisis, se consideran las condiciones de mercado en las que se gestó la reforma de salud y para la cual se introdujeron actores privados como entidades encargadas de ofrecer y, hasta cierto punto, administrar la prestación de servicios de salud.

En tanto, el espacio interior consiste en “el marco, más o menos estructurado, formalizado y poblado por actores públicos, que interactúan con diversos grados de intensidad con actores no públicos, posibilitando estrategias de acción alternativas” (Subirats *et al.*, 2008, p. 57). Se trata de múltiples actores que, aunque representen intereses frecuentemente opuestos, comparten los mismos temas de debate en relación al problema planteado.

De acuerdo con Subirats *et al.* (2008), la red de actores que se constituye en la arena de una política pública gestionada con actores públicos y privados, es altamente compleja y presenta problemas de interacción a nivel horizontal y vertical. También, señalan los autores, que las fronteras de esos espacios, con frecuencia, son difíciles de identificar cuando se trata de actores periféricos; sugiere que se identifican con mayor precisión aquellos actores que al margen de

eventuales conflictos tienen un interés apremiante en no perder su posición. Esto así, porque existe la tendencia a limitar el acceso a nuevos actores.

Por ello, se establece que el “nuevo orden” que ha resultado de las transformaciones e interacciones de los actores públicos y privados relacionados a la reforma de salud, mantiene una estructura altamente compleja, que resulta ineficiente, con duplicidad de servicios, múltiples estructuras paralelas, actores con funciones difusas o poco visibles y actuaciones que se alejan del marco regulatorio o que no están contenidas en este.

A fin de validar la premisa anterior, se presenta en este apartado, una esquematización de los actores principales del sistema. En primera instancia, se presenta una definición de los roles y funciones de los actores desde el marco normativo, luego se contrasta esta descripción con las acciones que asumen dichos actores en la práctica. Finalmente, se analiza el conjunto de relaciones entre estos actores, el balance de costos y beneficios y el impacto que tiene este resultado en la prestación de servicios.

### **1.1 Actores del sistema de salud de Puerto Rico**

En Puerto Rico, no existe oficialmente, una definición que exponga lo que se considera como Sistema de Salud de Puerto Rico. Se encontró que, se utiliza este concepto como sinónimo del Departamento de Salud de Puerto Rico, que es la agencia regidora del área de salud. Tampoco se encontró algún organigrama vigente que precise las agencias, entidades y actores que componen lo que el Estado denomina como sistema y sus relaciones.

Como resultado de la investigación, se incluye el cuadro 26, que da cuenta de la composición del sistema de salud, tanto a nivel externo como interno. De forma particular, se incluyen aquellas instancias que fueron identificadas como actores principales y que se vinculan directamente con el Plan de Salud del Gobierno (PSG-Vital).

**Cuadro 26. Actores centrales y sus funciones principales**

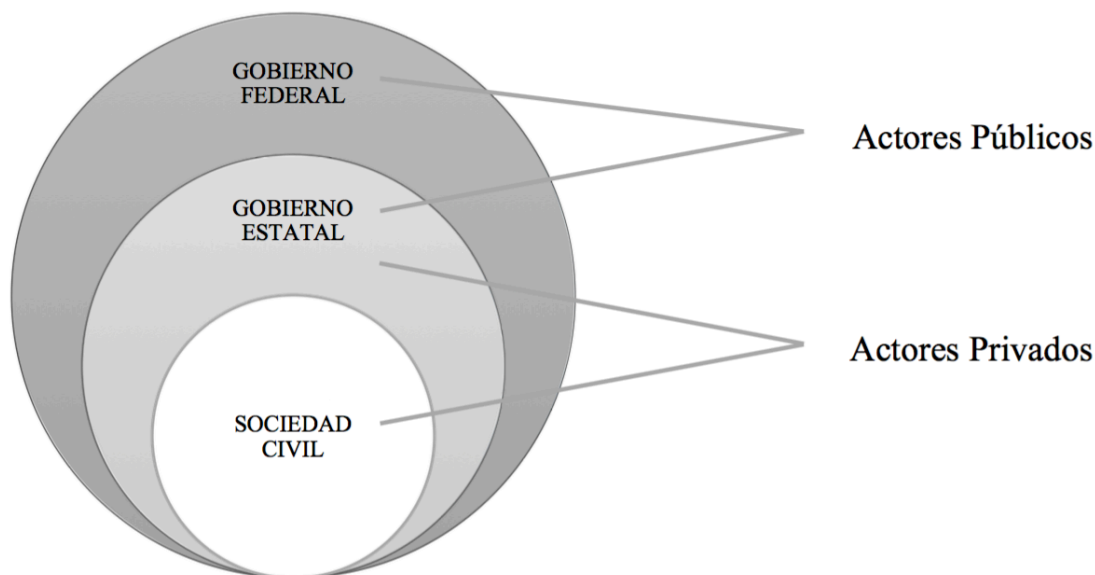
Actores Centrales	Nivel al que pertenece			Funciones principales									
	Federal	Estatad	Sociedad Civil	Regulación	Administración	Financiación	Fiscalización	Contratación	Evaluador	Aseguramiento	Intermediario	Proveedor de Servicios	Asegurado
Medicaid/CMS	•			X		X	X		X				
Junta de Supervisión	•			X	X		X						
Rama Ejecutiva		•			X		X						
Rama Legislativa		•					X						
Departamento de Salud		•		X							X		
Comisionado de Seguros		•		X			X						
ASES / Junta de Directores		•		X	X	X	X	X	X				
Aseguradoras		•			X			X		X	X		
Farmacias		•										X	
PPA		•			X						X		
PBM		•			X			X			X	X	
Red General, Red Preferida, IPAS		•									X	X	
Oficina del Procurador del Paciente		•					X						
Beneficiarios			•										X
Colegio de Médicos-Cirujanos			•				X						
Consejo Multisectorial			•				X		X				

Fuente: Elaboración propia.

Los actores presentados en la tabla anterior, se han organizado en orden de jerarquía, y se ha identificado el nivel al que pertenece, así como las funciones principales asignadas desde el marco legal.

En la figura 15, se propone un diagrama que contiene las tres grandes esferas: actores federales, actores estatales y actores de la sociedad civil. Asimismo, establece gráficamente la ubicación de estos y los espacios en los cuales influyen tanto actores públicos como privados.

**Figura 15.** Clasificación de los actores públicos y privados



Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que, en la esfera estatal, se concentran actores tanto públicos como privados. De acuerdo con Subirats *et al.* (2008, p. 62), existen algunos actores privados en los cuales el Estado delega parte de sus prerrogativas, por lo que pueden considerarse como paraestatales. Algunos de estos pueden ser entes públicos creados por ley, que gozan de cierta autonomía o entidades, empresas de servicios, entre otros, que estén bajo el control de actores político-administrativos (Subirats *et al.*, 2008, p. 62).

### ***1.1.1 Actores de la esfera federal***

En la esfera federal, se han identificado dos actores de alta relevancia e influyentes en términos de regulación y financiación. A continuación, se describen los roles y el alcance legal de cada agencia.

#### *1.1.1.1 Centro para servicios de Medicare y Medicaid*

El Centro para servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): este es un centro de servicios del gobierno federal, que, a grandes rasgos, provee asistencia económica para grupos de la tercera edad y población en general. En este caso, el enfoque es hacia el programa denominado Medicaid, ya que es el servicio que impacta directamente el PSG-Vital. De acuerdo al Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR), el Medicaid es un programa mediante el cual el Gobierno Federal aporta ayuda económica a los Estados y territorios para pagar los gastos médicos de ciertos grupos de personas con bajos recursos (Medicaid, 2020, sección States overviews).

La autoridad federal indica que el programa comenzó en Puerto Rico el 1 de enero de 1966, en virtud de la Ley de Seguridad Social y desde entonces forma parte del sistema de prestación de ayudas para ofrecer atención médica a las personas de bajos ingresos y que dependen del sistema de salud pública (Departamento de Salud, 2020, sección Programa Medicaid).

A continuación, se describen los roles identificados como principales del sistema Medicaid en Puerto Rico.

1. Otorga fondos al Departamento de Salud, que, a su vez, mediante un acuerdo de colaboración con ASSES, transfiere los fondos para el PSG-Vital.
2. Es la entidad encargada de determinar la elegibilidad de las personas que se beneficiarán del PSG, Vital.
3. Es la agencia que establece las regulaciones federales<sup>1</sup> a cumplir y los estándares de calidad requeridos a los proveedores de servicios de salud (Código de Regulaciones Federales, 2020, 42 CFR).

---

1. El Código de Regulaciones Federales (CFR) es la codificación de las reglas generales y permanentes publicadas en el Registro Federal por los departamentos y agencias del Gobierno Federal producidos por la Oficina del Registro Federal (OFR) y la Oficina de Publicaciones del Gobierno ([www.ecfr.gov](http://www.ecfr.gov)). En el caso de Puerto Rico, al recibir fondos para sufragar los gastos del PSG-Vital, está obligado a cumplir con dichas regulaciones y los



### *1.1.1.2 Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico*

La Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico fue creada bajo el Puerto Rico Oversight, Management and Economic Stability Act of 2016<sup>2</sup> (PROMESA). La Junta está constituida por ocho miembros, siete nombrados por el Presidente de los Estados Unidos y un miembro ex-oficio nombrado por el Gobernador de Puerto Rico. La misión de la Junta es “trabajar con el pueblo y el Gobierno de Puerto Rico para crear las bases de un crecimiento económico sostenible y restablecer la oportunidad para el pueblo de Puerto Rico” (PROMESA, 2020, sección Nosotros).

Parte de las funciones de la Junta de Supervisión es presentar, evaluar y certificar el presupuesto de Puerto Rico, que incluye el presupuesto de sus agencias. En este caso aplica directamente a ASES, ya que es una corporación pública, que responde al poder ejecutivo y obtiene fondos del presupuesto gubernamental. La Junta de Supervisión, también puede solicitar a las agencias públicas, información, requerir informes, solicitar audiencias, entre otras estrategias determinadas en el Acta Federal.

Es muy importante, destacar, que la Sección 4 del Acta de PROMESA (2016), expresamente instruye que “las disposiciones de esta Ley prevalecerán sobre cualquier disposición específica o general de las leyes territoriales, estatales o reglamentos territoriales o estatales que sea incompatible con esta Ley”. Además, la Junta fue dotada de plenos poderes y autonomía sobre los planes fiscales y presupuestos del país. La sección 108 (a), da cuenta de lo siguiente: “Ni el Gobernador ni la Legislatura podrán (1) ejercer ningún control sobre, supervisar, monitorear, o revisar a la Junta de Supervisión o sus actividades; o (2) adoptar, implementar o hacer cumplir cualquier estatuto, resolución, política o regla que pueda menoscabar o anular los propósitos de esta Ley, según lo determine la Junta de Supervisión”.

---

estándares de calidad exigidos en el CFR. Tanto en la Ley 72-1993, el reglamento de ASES y el RFP, se hace referencia constante al cumplimiento de estas exigencias.

2. El Acta para el manejo y estabilización de la Economía en Puerto Rico, responde a una legislación del Gobierno Federal, ante la deuda del Gobierno de Puerto Rico. El Acta establece que Puerto Rico regirá sus asuntos económicos con la supervisión y administración de un grupo de personas designados por el Gobierno Federal. Esta entidad tendrá vigencia hasta que Puerto Rico observe un crecimiento económico sostenible (Puerto Rico Oversight, Management and Economic Stability Act or “PROMESA”, H.R. 5278, 14th Congress, 2d Session, 2016).

### ***1.1.2 Actores de la esfera estatal***

Los actores incluidos en esta esfera son la Rama Ejecutiva, la Rama Legislativa, el Departamento de Salud, el Comisionado de Seguros de Salud, ASES y sus contratistas y la Oficina del Procurador del Paciente. Este grupo incluye actores públicos y privados, que influyen en la política de salud bajo estudio. En adelante, se describen las funciones oficiales de cada organismo y se puntualiza en los roles relativos al Plan de Salud del Gobierno.

#### ***1.1.2.1 Rama Ejecutiva***

De acuerdo con el artículo IV, Sección 4 de la Constitución de Puerto Rico, los deberes, funciones y atribuciones del Gobernador son:

- Cumplir y hacer cumplir las leyes.
- Convocar la Asamblea Legislativa o el Senado a sesión extraordinaria cuando a su juicio los intereses públicos así lo requieran.
- Nombrar, en la forma que se disponga por esta Constitución o por ley, a todos los funcionarios para cuyo nombramiento esté facultado. El Gobernador podrá hacer nombramientos cuando la Asamblea Legislativa no esté en sesión. Todo nombramiento que requiera el consejo y consentimiento del Senado o de ambas cámaras quedará sin efecto al levantarse la siguiente sesión ordinaria.

Además, el artículo IV, sección 5, indica que “para el ejercicio del Poder Ejecutivo el Gobernador estará asistido de Secretarios de Gobierno que nombrará con el consejo y consentimiento del Senado”.

En tanto, el artículo IV, Sección 6 del documento constitucional, expone que, “sin perjuicio de la facultad de la Asamblea Legislativa para crear, reorganizar y consolidar departamentos ejecutivos de gobierno, y para definir sus funciones, se establecen los siguientes: de Estado, de

Justicia, de Instrucción Pública, de Salud, de Hacienda, de Trabajo, de Agricultura y Comercio y de Obras Públicas. Cada departamento ejecutivo estará a cargo de un Secretario de Gobierno”.

Lo antes descrito, permite establecer el alcance del poder ejecutivo en términos de la designación de los secretarios que estarán a cargo del manejo de los departamentos. Expone también, la exigencia de que exista un Departamento de Salud como mandato constitucional y la capacidad legal del ejecutivo para crear corporaciones como ASES.

### *1.1.2.2 Rama Legislativa*

Del poder legislativo, indica el artículo III de la Constitución, que “se ejercerá por una Asamblea Legislativa, que se compondrá de dos Cámaras -el Senado y la Cámara de Representantes- cuyos miembros serán elegidos por votación directa en cada elección general”.

La sección 16 de dicho artículo, promulga que, como cuerpo representativo, tienen la facultad de crear, consolidar o reorganizar departamentos ejecutivos y definir sus funciones. Queda establecido entonces, que, aunque el Poder Ejecutivo tiene el poder de nombramiento y supervisión directa de las Secretarías de los Departamentos, existe el contrapeso de la legislatura que puede apoyar o desaprobado cualquier acción al respecto.

Además, este cuerpo legislativo, está organizado con comisiones que promueven la fiscalización de las grandes áreas del sistema de bienestar social de Puerto Rico. A tales efectos, la Cámara de Representantes, tiene una Comisión Permanente de Salud. Esta función es una identificada como principal, en términos de su vinculación directa con ASES y el PSG-Vital.

La Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, indica que sus acciones en esta rama se dirigen a:

Todos los servicios públicos y privados que inciden sobre la salud; la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y la conservación de la salud; los servicios médico hospitalarios y ambulatorios; las investigaciones y las estadísticas vitales; las facilidades físicas, médicas y paramédicas y el equipo; la administración, implantación y gerencia de cualquier modificación de carácter general en los sistemas de salud, tales como la Reforma de Salud; la salud mental; la reglamentación y supervisión de la fabricación, distribución y venta de productos médicos; los profesionales de la salud; los servicios que combaten el alcoholismo y la drogadicción; la salud en general; y sobre cualquier asunto que le delegue la Cámara de Representantes de Puerto Rico o el

Presidente o la Presidenta de ésta (Cámara de Representantes de Puerto Rico, 2020, sección Comisiones Permanentes).

Como comisión legislativa, su campo de actuación le permite investigar, realizar vistas públicas y referir los hallazgos a las instituciones que entienda pertinentes.

### *1.1.2.3 Departamento de Salud*

La Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada, se conoce como la Ley del Departamento de Salud de Puerto Rico. Esta establece las funciones del Secretario de Salud, con base en lo establecido en la Constitución de Puerto Rico. El artículo 1 dispone que, “el Jefe del Departamento de Salud, tendrá a su cargo todos los asuntos que por ley se encomienden relacionados con la salud, sanidad y beneficencia pública, excepto aquellos que se relacionan con el servicio de cuarentena marítima”.

Algunas de las funciones y roles que debe ejecutar el Departamento de Salud, mediante la Secretaría son:

- Podrá ordenar la traslación a los sitios adecuados que él determinare de cualquier persona que padezca alguna enfermedad cuarentenable o cualquier otra dolencia de propagación rápida, contagiosa o infecciosa, y tendrá a su cargo los hospitales públicos para el tratamiento de esos casos (artículo 4, p. 1).
- En caso de que alguna epidemia amenazare la salud del Estado Libre Asociado, el Secretario de Salud tomará las medidas que juzgue necesarias para combatirla (artículo 5, p. 2).
- Presentará un informe anual al Gobernador de Puerto Rico, para que sea transmitido a la Legislatura, en que expondrá los servicios sanitarios que se hubieren realizado y las condiciones sanitarias que prevalecieren entonces en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico (artículo 6, p. 2).
- El Secretario de Salud prestará atención a todas las cuestiones que afecten a la salud pública que por ley se le encomienden, y publicará informaciones adecuadas acerca de enfermedades reinantes y epidémicas (artículo 7, p. 2).

- Podrá, siempre que no esté en conflicto con disposiciones legislativas, establecer o reorganizar, consolidar o suprimir, aquellas divisiones, negociados, servicios, oficinas, para la mejor marcha del Departamento, y nombrará todo el personal necesario para el funcionamiento del Departamento, bajo las leyes aplicables y vigentes del Gobierno (artículo 8, p. 2).
- El Secretario de Salud mantendrá y tendrá a su cargo aquellos servicios de estadísticas vitales y aquellas que fueran necesarias para el desempeño de sus funciones, y todos aquellos otros servicios necesarios para la protección, cuidado, mejoramiento y conservación de la salud pública que por ley se le asignen (artículo 10, p. 3).
- El Secretario de Salud tendrá poderes para dictar, derogar y enmendar reglamentos: (1) Con el fin de prevenir y suprimir las enfermedades infecciosas, contagiosas o epidémicas. (2) Para proteger la salud pública en cualquier servicio, negocio, actividad o caso que la pudiera afectar. (3) Para establecer un protocolo, sistema, o programa, entre otras medidas administrativas necesarias, para que se instituya un sistema de manejo uniforme y coordinado de manejo multisectorial de trauma y emergencias médicas en Puerto Rico. (artículo 12, pp. 3-4).
- Puede dictar, derogar o enmendar reglamentos en los casos que expresamente ha sido autorizado por esta ley (artículo 13, p. 4).

Como parte de los hallazgos, no se encontró en la Ley, ninguna función que expresamente faculte al Secretario del Departamento de Salud, como ente fiscalizador del Plan de Salud del Gobierno.

#### *1.1.2.4 Comisionado de Seguros de Puerto Rico*

El Código de Seguros de Puerto Rico está establecido bajo la Ley Núm. 77 del 19 de junio de 1957, según enmendada. A través de esta se creó el cargo de Comisionado de Seguros de Puerto Rico y la oficina que este dirige. La función principal del Comisionado es reglamentar y fiscalizar todas las actividades relativas a los seguros en Puerto Rico. Esto incluye la industria de seguros de salud de Puerto Rico.

Específicamente en relación a los seguros de salud en general, tienen la obligación de cumplir con los asuntos relativos a las disposiciones legales, de licenciamiento y autorizaciones requeridas por el Código de Seguros para entidades que hacen negocios en Puerto Rico. No obstante, no especifica el rol que deben asumir aquellas aseguradoras que contraten con ASES para implementar el PSG-Vital.

Al respecto, el artículo 1.070 del Código actual indica:

Sin menoscabo del sentido general de las anteriores disposiciones, este Código no cubrirá ni determinará la existencia de operaciones, contratos, ni funcionarios, directores, ni representantes de todo organismo hasta donde sus actividades relacionadas con seguros estuvieron prescritas o permitidas por otra ley expresamente votada al efecto. (p. 6)

Esto contrasta con la Ley 290 de 29 de septiembre de 2012, que fue gestionada aprobada con el fin de promover un lenguaje más específico en torno a la aplicabilidad y alcance del Código de Seguros a los procesos de contratación entre la Administración de Seguros de Salud (ASES) y las aseguradoras. Dicha Ley indicaba:

Nada de lo dispuesto en este Código se entenderá como una enmienda derogación a las leyes, reglamentos o procedimientos que administran, de conformidad con sus leyes habilitadoras, la Oficina del Procurador del Paciente o la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Los aseguradores que contraten con la ASES para ofrecer, mercadear o administrar el Plan del Gobierno de Puerto Rico (Mi Salud), cumplirán con los requisitos y las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales establecidas por ASES, con excepción de los asuntos relativos a la autorización o licencia requerida para hacer negocios de seguros en Puerto Rico y aquellos pertinentes a la solvencia económica, para los cuales será de aplicación el Código de Seguros de Puerto Rico y este Código.

Al momento, no se encontró documentación con la enmienda a la Ley Núm. 290 del 2012, y tampoco se identificó en el Código de Seguros Vigente, algún lenguaje explícito que indique claramente el alcance del Ley en los procesos de contratación y regulación que lleva a cabo ASES.

#### *1.2.2.5 Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)<sup>3</sup>*

---

3. En el Capítulo III se hace un estudio profundo de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, como parte de la caracterización del marco institucional.

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, fue creada bajo la Ley Núm. 72 del 7 de septiembre de 1993. La Ley destaca que ASES tiene la “responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, y/u organizaciones de Servicios de Salud un sistema de seguros de salud que eventualmente brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médico hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera” (artículo II, p. 2).

A continuación, se incluyen actores, algunos considerados centrales, y otros que con regularidad –de forma directa o indirecta- mantienen una relación con ASES y los procesos de contratación para implantar la política pública.

- **Junta de Directores<sup>4</sup>**

El artículo IV, sección 2 de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, define la Junta de Directores como el cuerpo rector de la Administración de Seguros de Salud. Dicho cuerpo está compuesto por 11 miembros 6 de ellos miembros *ex officio* y 5 nombrados por el gobierno de turno.

- **Aseguradoras**

Se describen como entidades autorizadas por el Comisionado de Seguros para hacer negocios de seguros de salud en Puerto Rico o creada mediante cualquier ley especial para estos fines. (Reglamento de ASES, 2019). A este momento, ASES mantiene contrato con cinco aseguradoras. El rol principal de estas es proporcionar servicios de salud a los afiliados del Plan de Seguros de Salud del Gobierno, bajo el modelo de cuidado coordinado. Tienen que cumplir con las regulaciones federales y estatales (RFP, 2018).

- **Farmacias**

---

4. En el Capítulo III están incluidos los detalles de los roles específicos de la Junta de Directores, así como su composición.

Las farmacias son establecimiento de servicio de salud ubicado físicamente en la jurisdicción de Puerto Rico, autorizado y registrado de conformidad con las disposiciones de ley, para dedicarse a la prestación de servicios farmacéuticos (Reglamento de ASES, 2019).

- **Administrador de Beneficios de Farmacia**

El Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) significa una entidad bajo contrato con ASES y el PSG-Vital. Es responsable de la administración del procesamiento de reclamos de farmacia, gestión del formulario, revisión de utilización de medicamentos, gestión de la red de farmacias y servicios de información para afiliados relacionados a los servicios (RFP, 2018). La compañía contratada a este momento es ABARCA.

- **Administrador del Programa de Farmacia**

El Administrador del Programa de Farmacia (PPA, por sus siglas en inglés) es una entidad, bajo contrato con ASES, responsable de implementar y ofrecer apoyo a ASES y los PBM contratados en la negociación de reembolsos (ahorros) y el desarrollo del listado de costo máximo permitido para medicamentos (RFP, 2018). La compañía contratada a este momento es mc-21.

- **Proveedores de Servicios**

Los proveedores de servicios son definidos por la Ley 72 del 1993, como consiste en médicos primarios, médicos de apoyo, servicios primarios, proveedores primarios, y organizaciones de servicios de salud (p. 5). Estos proveedores se organizan mediante redes de proveedores de servicios que son denominadas Red General y Red Preferida.



### *1.2.2.6 Oficina del Procurador del Paciente*

La Oficina del Procurador del Paciente (OPP), en el organigrama del Gobierno de Puerto Rico, responde al poder ejecutivo. Esta oficina fue establecida con base en la Ley Núm. 77 del 24 de julio de 2013, según enmendada, y “tiene la responsabilidad de garantizarle a los pacientes en Puerto Rico el cumplimiento de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente promulgada por la Ley Núm. 194 del 25 de agosto del 2000, según enmendada” (OPP, 2020, sección Conócenos).

El artículo 4 de la Ley 77 (p. 4), indica que los deberes y funciones principales de esta Procuraduría son:

- Garantizar la accesibilidad del cuidado médico.
- Servir de facilitador para que el servicio médico llegue a cada paciente beneficiario del Sistema de Salud de una forma más eficiente.
- Velar que el servicio médico ofrecido sea de calidad y esté basado en las necesidades del paciente, así como garantizar que se brinde de una forma digna, justa y con respeto por la vida humana.
- Identificar las vías más adecuadas para atender de una forma responsable y ágil –con el apoyo del Consejo Asesor- los problemas y querellas de los pacientes beneficiarios del sistema de Salud. Todas estas funciones estarán enlazadas y comprometidas a realizarse dentro de un plan que garantice el uso responsable de los servicios de salud, tanto de parte del paciente, como de todos los proveedores de servicios y las compañías aseguradoras.

Esta oficina no solo sirve a los asegurados del PSG-Vital, si no, que tiene la responsabilidad de servir a toda la población en Puerto Rico. El procurador es nombrado por el gobierno de turno y su cargo tiene una duración de 10 años.

### ***1.1.3 Actores de la sociedad civil***

En este apartado se incluye el grupo objetivo de la política pública, es decir, los beneficiarios del PSG-Vital y dos organizaciones que, por sus roles representan los intereses de dicho grupo.

#### ***1.1.3.1 Beneficiarios del Plan de Seguros de Salud, Vital***

De acuerdo con el Reglamento de ASES (2019, p. 5), un beneficiario del PSG-Vital es “toda aquella persona con derecho a recibir los beneficios provistos en los planes de seguro de salud contratados por virtud de la Ley 72-1993, según enmendada y que se ha suscrito al plan”.

#### ***1.1.3.2 Colegio de Médicos-cirujanos de Puerto Rico***

La Ley 7 del 1994, es conocida como la Ley del Colegio de Médicos-cirujanos de Puerto Rico. Esta Ley establece la organización y regulación de la profesión en Puerto Rico. Dentro de diversas responsabilidades y deberes a lo interno de su gremio, se destacan aquellas directamente relacionadas a los actores estratégicos del PSG-Vital.

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley, el Colegio tendrá las siguientes obligaciones:

- Ayudar al mejoramiento de la salud del pueblo de Puerto Rico.
- Fomentar el mejoramiento del ejercicio de la medicina.
- Promover y divulgar el continuo progreso de la medicina.
- Cooperar con los gobiernos municipales, estatal y federal, y sus agencias, instrumentalidades públicas y organismos reguladores, en el diseño y la implantación de la política pública sobre la salud en Puerto Rico.
- Colaborar para que la prestación de los servicios médico-hospitalarios en Puerto Rico, sean de la misma calidad para todo individuo, independientemente de su condición económica, raza, color, origen, religión, sexo o credo político.

El Colegio, también tiene la facultad de recibir y referir querellas que se presenten en contra de algún miembro del gremio.

#### *1.1.3.3 Consejo Multisectorial de Salud*

El Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico se crea bajo la Ley Núm. 235 de 22 de diciembre de 2015. En la exposición de motivos, esta Ley reconoce que, a nivel internacional, la salud es considerada como un derecho humano y que en Puerto Rico no se están cumpliendo los objetivos a tales efectos. Al identificar como problema crítico el elemento de gobernanza, desde la mirada de los tomadores de decisiones sobre las políticas públicas, se creó una estructura participativa, denominada el “Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico”.

El artículo 2 de la Ley (pp. 2-3) establece que El Consejo, se crea con el propósito de:

- estudiar y analizar de forma continua los modelos de organización existentes, para recomendar al Gobernador y a la Asamblea Legislativa el modelo de prestación de servicios de salud y el modo de financiamiento más adecuado para el funcionamiento del sistema de salud de Puerto Rico;
- para realizar dicho análisis del modelo organizacional adecuado, el modelo a escogerse deberá regirse bajo los principios y parámetros que se enumeran a continuación.
  1. Que la salud es un derecho humano y se reconoce como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que la salud es un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro.
  2. Que la salud es un derecho fundamental y no debe ser visualizada ni manejada como un bien de consumo más.
  3. Que el modelo organizacional a recomendar deberá cubrir, en la mayor amplitud posible, el acceso de los servicios y las necesidades de salud de todos los habitantes de Puerto Rico de una manera integral, igualitaria y justa.

4. Que el modelo organizacional a recomendar deberá viabilizar la meta de reducir las desigualdades en la prestación de los servicios de salud a los habitantes de Puerto Rico.
5. Que dicho modelo organizacional pueda atender tanto el cuidado directo de las personas como las condiciones sociales que determinan la salud y las intervenciones poblacionales que promueven la salud y previenen la enfermedad.
6. Que dicho modelo organizacional pueda ser lo más abarcador posible, incluyendo y sin limitarse a la planificación, organización y la integración de servicios por niveles, desde la prevención y el cuidado primario hasta los cuidados hospitalarios y de rehabilitación más especializados, así como la integración de los servicios de salud mental, uso de sustancias y salud general.
7. Que dicho modelo organizacional se pueda utilizar, adaptándolo a las particularidades de Puerto Rico, con el modelo de financiamiento más adecuado, sin importar el género, la edad, origen, impedimento, ideología o afiliación política, raza, orientación sexual, identidad de género, condición económica, condición de salud y condición social.
8. Que dicho modelo organizacional pueda ser fiscalizado de una forma participativa y transparente.
9. Que pueda garantizar la recopilación de información, evaluación de la calidad y resultados y velar por la creación de recursos para el sistema tales como recursos humanos, medicamentos, facilidades y tecnología e investigación.
10. Que pueda organizar la prestación de servicios de manera que continúe siendo combinada como hasta ahora, tanto pública como privada, y procurar viabilizar, en lo posible, que todo tipo de instituciones privadas, sin fines de lucro, cooperativos y profesionales en práctica privada puedan ser partícipes en la prestación de servicios en el modelo organizacional que se proponga.
11. Que pueda educar para promover que los participantes del sistema y la ciudadanía en general asuma responsabilidad social y participen a todos los niveles del sistema, desde el cuidado de la salud propia y el ambiente hasta la participación integral de todos los participantes del sistema.

Este Consejo representa a otros grupos organizados con intereses en el sector salud, como colegios profesionales, grupos académicos, empresas privadas, grupos comunitarios, entre otros.

## **2. Relaciones e interacciones entre actores**

Las políticas públicas pueden entenderse como un conjunto encadenado de decisiones y acciones que resultan de las interacciones estructuradas y repetidas entre diferentes actores, públicos y privados (Subirats *et al.*, 2008, p. 51).

Se reconoce que, como presentado en el apartado anterior, cada actor tiene unas funciones designadas desde el marco legal y desde los intereses que representa. Sin embargo, el análisis propuesto abarca más allá de dichas funciones. Autores como Klijn (1998), Lndblom (1991) y Subirats *et al.* (2008) sugieren que, a raíz de los múltiples factores que acompañan la toma de decisiones (poder, capacidad de organización, movilización de recursos, manejo de la información, intereses individuales, entre otros) se considere un análisis que incluya los vínculos directos e indirectos, así como las interacciones formales e informales y los roles que se asumen fuera de los diseñados “oficialmente”.

En este marco, se presentan los roles que asumen y las relaciones que se han establecido entre los actores centrales del sistema de salud de Puerto Rico.

### **2.1 Interacciones de los actores de la esfera federal**

Las agencias federales identificadas como actores centrales, tienen una relación directa con el gobierno en general, pero en este caso, particularmente con el Poder Ejecutivo, el Departamento de Salud y ASES.

### **2.1.1 Medicaid**

En el caso de Medicaid, se trata de una agencia reguladora y la fuente de financiamiento que subsidia el 85 % del presupuesto del PSG-Vital. Como ente regulador, establece los criterios de elegibilidad para ser beneficiario del PSG-Vital y establece los estándares de calidad a cumplir por los prestadores de servicios de salud. Un informante clave describe lo siguiente:

En cuando al financiamiento, la Reforma básicamente se trabaja con fondos federales. ASES implementa el plan del programa Medicare, es como un brazo de Medicare. Lo que no cubre el presupuesto federal, se para con el Fondo General Estatal. En este momento tenemos alrededor de 1.2 millones de beneficiarios. Poco más de 900mil, están cubiertos con fondos federales, y cerca de 2mil se cubren con el Fondo General. Quedan de todas formas alrededor de 300 mil ciudadanos sin ningún tipo de seguro médico. Pero este número puede variar porque las estadísticas nunca son precisas. IC-04

Otro informante añade:

Bueno, ellos (Gobierno Federal) imponen verdad, cuando viene el paquete de fondos, por ejemplo, del Medicaid, ellos imponen unas reglas de quiénes son las personas que cualifican, bajo los criterios de quiénes son esos “low income patients” o personas bajo médico-indigentes como ellos lo definen. IC-02

En términos de jerarquía, esta agencia es identificada por los informantes clave como una que mantiene una relación vertical, de poder, y que, aunque sus principales interacciones son con el gobierno central, a través del Departamento de Salud, incide a todos los niveles del sistema.

Algunos informantes clave indicaron que:

Bueno, el Gobierno Federal, es quien asigna el dinero y el Congreso (EEUU), la realidad es que nosotros somos una colonia. IC-03

ASES responde a CMS (Medicaid), quien certifica la agencia. También fiscaliza la Oficina del Inspector General Federal, la MFCU que es la oficina de investigación de fraude y abuso del Departamento de Justicia y hasta la DEA, porque hacen investigaciones con medicamentos. IC-04

Medicaid es el único que está dentro de Salud (DSPR) y tú tienes otros servicios. El Centro Comprensivo de Cáncer está bajo la Universidad de Puerto Rico, es como una corporación independiente. El Centro Cardiovascular es también una corporación pública, ASSMCA es una corporación de administración independiente con su personal y su sistema y su organización y todo independiente. Entonces se dice que el ente regulador es el Departamento de Salud, pero cada uno es independiente. IC-05

### ***2.1.2 Junta de Supervisión y Administración Financiera***

La Junta de Supervisión y Administración Financiera, se considera un actor estratégico de la esfera federal, de nueva integración. La Junta de Supervisión, llega al espacio de interacción a 23 años del comienzo de la reforma de salud, con un rol muy importante, que incide en el financiamiento de los servicios de salud bajo el PSG e incluso sobre la estructura de ASES.

Su rol principal, es reorganizar el presupuesto de Puerto Rico, a través de la preparación, evaluación y aprobación del presupuesto para el área de la salud en Puerto Rico, incluyendo ASES. Esta entidad, también tiene la capacidad legal de solicitar documentación, informes, e incluso influir en la composición y estructuración de las agencias y corporaciones, entre otras actuaciones.

## **2.2 Interacciones de la esfera estatal**

Las agencias y organismos que componen esta esfera mantienen diversos niveles de interacción con los demás actores centrales del sistema de salud, de forma directa e indirecta. En adelante, presentan las vinculaciones de la Rama Ejecutiva y Legislativa, el Departamento de Salud, la Oficina del Comisionado de Seguros, ASES y las entidades que contratan, incluyendo las aseguradoras e intermediarios de prestaciones de servicios y la Oficina del Procurador del Paciente.

### ***2.2.1 Rama Ejecutiva y Legislativa***

En el caso de la Rama Ejecutiva, proyecta tener una relación de horizontalidad tanto con la Junta de Supervisión y Administración financiera, como con el Poder Legislativo. Se puede precisar, que, el ordenamiento de la Constitución de Puerto Rico, sustenta la igualdad y balance de poder entre estos organismos. En el caso de los poderes ejecutivo y legislativo, en la práctica se observan consistentes con los pesos y contrapesos que se generan en relación a la toma de decisiones.

Sin embargo, la Ley PROMESA (2016), que crea la Junta de Administración y Supervisión Fiscal, se distancia del rol de horizontalidad con los poderes ejecutivo y legislativo y expone su capacidad de toma decisiones fiscales, con plena autonomía. Lo que significa que, no requiere necesariamente, la negociación con el Poder Ejecutivo y Legislativo para implementar sus medidas.

En tanto, el Poder Ejecutivo, mantiene una relación jerárquica con ASES. Es el gobernador de turno, quien toma las decisiones en relación a la política pública de ASES y la composición de la Junta de Directores, puesto que, en la estructura del Gobierno de Puerto Rico, así está determinado. De hecho, en las plataformas de gobierno que realizan los partidos políticos y los planes de desarrollo, se incluyen estrategias de implementación del PSG, de forma aislada a los demás componentes del sistema de salud. Los entrevistados coinciden en que ASES ha sido una agencia altamente politizada y que responde a intereses partidistas al momento de tomar decisiones. Uno de ellos expresó:

Básicamente las agencias rectoras o que deberían ser las líderes, o sea, que deben de guardar la gobernanza básicamente están severamente politizados desde el punto de vista partidista... sabes son agencias que sirven al partido que se monta como su función principal y por lo que sobra, se trata de ejecutar lo que es su deber ministerial. Pero como primera función es servir al partido que se monta. Esa experiencia yo la tuve con \_\_\_\_\_ la ex Directora Ejecutiva de ASES. IC-07

En el caso del poder legislativo, ha sido identificado por informantes clave, como un actor activo en la solicitud de información a otros grupos del sistema de salud. Un actor menciona:

Tienes entonces dentro de la Rama Legislativa, hay una Comisión de Salud Pública compuesta por los Representantes de la Cámara que tienen mucha injerencia. IC-06

### ***2.2.2 Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR)***

El rol del DSPR es considerado fundamental. Este organismo está facultado legalmente como el ente rector del sistema de salud. Tiene la responsabilidad en ley, de supervisar el mejoramiento del sector, ajustar el diseño institucional de acuerdo a las exigencias contemporáneas, y garantizar el acceso y calidad de los servicios de salud a toda la población. Sin embargo, se encontró que, sus responsabilidades en ley, se separan de su ejecución en la práctica.



Sobre los roles del DSPR, los informantes clave indicaron:

E Departamento de Salud es el encargado o la institucionalidad oficial que tenemos los puertorriqueños y las puertorriqueñas para que nos garanticen la salud de manera general. IC-02

Aunque en teoría el Secretario de Salud preside la Junta de Directores, realmente le quitaron el programa principal de salud al gobierno. Entonces, tiene uno a ASES acá, el administrador y el programa de Medicaid está en Salud. Esa gente no se habla, chocan. Yo tengo como cinco sombreros en el área de salud y veo los choques entre todos. Todos deberían estar juntos, ya sea en uno o en el otro. IC-03

Los informantes clave identifican que la relación más directa que vincula al Departamento de Salud con ASES y el PSG, a través de la administración de Medicaid. Esto así, ya que, el DSPR es receptor de fondos y mantiene un acuerdo de colaboración con la entidad a fines de procesar las solicitudes de las personas para el PSG-Vital.

Un informante clave indicó:

Tienes el Departamento de Salud... acuérdate que el Departamento de salud es quien tiene la administración de lo que es el programa de Medicaid... esa relación directa entre el Gobierno Federal, el Programa Federal es directamente con el Departamento de Salud. IC-06

Mientras, la relación identificada con ASES de igual manera, da cuenta de ser una de colaboración, no de regulación o supervisión. Un informante clave indicó que el trabajo colaborativo es excelente:

La relación entre ASES y el Departamento de Salud es una de trabajo colaborativo y es excelente. De hecho, el presidente de la Junta de Directores es el Secretario de Salud. Por ejemplo, cuando hay una epidemia como el SIKa, el Departamento de Salud emite una orden administrativa sobre vacunaciones, ASES le instruye a las Aseguradoras seguir dicho mandato y se trabajan campañas educativas. IC-04

Otros actores entrevistados afirman que es una entidad colaboradora, no rectora.

Pues es un colaborador, ellos no fiscalizan a ASES, porque es una corporación aparte. ASES es una agencia facilitadora e implementa el plan de seguro de salud del gobierno. IC-04

Eh... el Departamento de Salud debería estar más envuelto en lo que es la parte de calidad y fiscalizarlo un poco mejor. IC-08

Es necesario destacar que el Secretario del DSPR, forma parte de la Junta de Directores de ASES; con igualdad de poder en la toma de decisiones, los demás miembros que la componen.

### **2.2.3 Comisionado de Seguros de Puerto Rico**

Otra de las entidades de la esfera estatal, y considerada con un rol de regulación es el Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Como indicado en la descripción, este es un actor importante, puesto que regula todas las actividades relativas a los seguros de salud de Puerto Rico.

De acuerdo con el análisis realizado a la Ley 77 de 1957, según enmendada, el marco legal refleja tener un lenguaje poco específico con respecto al manejo de las aseguradoras que contratan con ASES. No se indica la aplicabilidad de esta, requerimientos específicos, ni sanciones por incumplimientos.

Sobre sus funciones, un actor clave, hace referencia a que las exigencias solicitadas a las aseguradoras que son parte del PSG-Vital (fondos de Medicaid) son de cumplimiento básico, no de regulación.

El Comisionado de Seguros, obviamente su jurisdicción es limitada a lo que es requisito de licenciamiento y de solvencia de las compañías en Puerto Rico, con la línea de negocios de Medicaid y con la línea de negocios también de Medicare operan de la misma forma. En cuanto a lo comercial pues obviamente ellos tienen jurisdicción diferente. Más amplia, mucho más amplia. IC-06

De igual manera, los siguientes actores, expresaron:

...y como entonces el Comisionado de Seguros tampoco ha hecho su deber de auditar, ni ASES pues aquí estamos... Yo tengo el último informe del Comisionado de Seguros, entonces la pregunta que yo entiendo que hay que hacerle es si esos estados financieros que le someten las aseguradoras a él, él a su vez contrató un auditor independiente que, con el máximo de rigurosidad, vio si eso que está reportando la aseguradora en efecto, si es correcto. Porque de otra manera lo que está pasando es eso, que ellos le entregan los documentos y el así mismo lo publica y sí... ahí hay un montón de mentiras pues así mismo se fueron ajuste. IC-07

Yo creo que es importante, porque se supone que él (Comisionado) rige la relación, por ejemplo, si los médicos pueden negociar o no negociar con las aseguradoras. Tu sabes, qué cosas se pueden dar para cumplir, por ejemplo, los contratos que se hacen las aseguradoras. Pues ellos son los que le dan seguimiento y lo revisan legalmente. Obviamente tú tienes los proveedores y no solo médicos sino todo tipo de proveedores de servicios de salud, enfermeras, laboratorios, hospitales. Especialmente facilidades que prestan servicios y cobran. IC-05

Es necesario resaltar que, ninguno de los actores entrevistados le reconoció a esta oficina algún rol de regulación o de fiscalización en relación al PSG-Vital.

### ***2.2.4 Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, Vital***

ASES, como actor central del PSG-Vital, tiene la responsabilidad de implementar la Ley-72 del 1993. Esta Ley habilita a dicha corporación como la entidad encargada de desarrollar las funciones al interior de la estructura e implementar el plan de trabajo para alcanzar los objetivos del PSG. Esta agencia, como toda corporación en Puerto Rico, se rige por una Junta de Directores, que se nutre del sector público y privado. ASES mantiene una diversidad de interacciones e influye directa e indirectamente en los demás actores del sistema.

Como entidad cuasi gubernamental, ASES tiene autonomía y su marco legal, no establece que deba rendir cuentas al Departamento de Salud. ASES tiene la responsabilidad de implementar la reforma de salud, y es quien materializa la normativa establecida en el diseño de la política. Lo que significa, que establece su propio reglamento, y tiene funciones de regulación y evaluación del PSG-Vital.

Este actor clave describe lo siguiente:

Esas decisiones de cuáles son los que van, cuáles son las aseguradoras que van a proveer, cómo se van a crear esas redes, quiénes son los que van a atender que áreas dentro del país, cuál es el paquete de servicios que se le va a proveer dentro de esa cubierta médica a la gente. Eso lo deciden los de ASES. IC-02

Sin embargo, la mayoría de los actores entrevistados, consideran que ASES es una entidad con un sesgo hacia las aseguradoras y que la estructura actual, fomenta que el sector privado pueda ejercer mayor poder en las negociaciones, puesto que ostentan más recursos. Un actor clave, indicó:

Bueno, ASES es quien corre el modelo. Pero ASES está hecho para y por las aseguradoras. Por eso es que notas que tiene 50 empleados. Cuando tú comparas los dos presupuestos más grandes del Gobierno de Puerto Rico son el Departamento de Educación y ASES. El Departamento de Educación si tú sacas a los maestros, tienes 20,000 empleados para fiscalizar el uso de los fondos. Es 60,000 empleados, 40,000 que son maestros y 20,000 que no son maestros. ASES tiene 50 empleados para manejar el segundo presupuesto, 8 en cumplimiento para velar a los reyes del truco. No hay manera, por más buena intención que tengan los empleados de ASES que puedan hacer el trabajo con el personal que tienen. IC-03

Otro actor clave verbalizó que no existe una fiscalización adecuada, ni evaluación de la calidad de los procesos, señalando a su vez, que el Departamento de Salud, no ejecuta su rol rector.

Pero una de las cosas que a mí me da la impresión es que, las personas que estaban en ASES administrando a través del tiempo han tenido mucha libertad para tomar decisiones donde, como que yo veo que el Departamento de Salud, fuera de exigirle con que se cumpla lo que es las leyes del país, por ejemplo, de certificación de profesionales, de utilización, de certificación de facilidades y eso que se le exige a todo el sistema, no le estaba haciendo unas exigencias a ASES como tal. De hecho, yo no estoy segura cuando anualmente se hacía de evaluación del servicio y de la calidad, y yo entiendo que Salud debería mirar eso. Si tú quieres fiscalizar pues tienes que ver todo, la calidad, volumen de servicio, tarifas, gastos. Tienes que ver un montón de cosas. Y yo no estoy segura que eso se estuviera haciendo en una forma verdaderamente eficiente. IC-05

ASES mantiene múltiples procesos de negociación y procesos de contratación que, como ha quedado establecido, son liderados prácticamente de forma exclusiva por la Agencia. En adelante, se incluyen las interacciones más importantes que mantiene ASES con otros actores.

#### *2.2.4.1 ASES y las aseguradoras del PSG-Vital*

Una de las interacciones más importantes que mantiene ASES, es la negociación de contratos con las aseguradoras privadas, quienes a su vez son las encargadas de gestionar la prestación de los servicios de salud. Las interacciones entre estos actores, mantienen una constante tensión entre costos y beneficios para ambos. En este espacio es que se dan las condiciones, para posteriormente ejecutar los roles definidos en los términos de referencia, que, a su vez, deben responder a los objetivos institucionales.

La mayoría de los actores clave entrevistados establecen que las aseguradoras se han convertido en el grupo con mayor poder en la toma de decisiones. Le atribuyen este rol a su capacidad económica y de movilización de recursos.

Por ejemplo, dos actores clave indicaron:

Tú tienes una industria de seguros, con fines de lucro, que tiene un dominio tal de la salud, que ello acapara todo tipo de decisión que se toma en todos los niveles. Y eso es un monopolio. Eso es una conducta monopolística destructiva. IC-07

Las aseguradoras son compañías que, abiertamente, han expresado que ellas manejan el negocio de la salud. Y así lo hablan. De hecho, el “Caribbean Business” -creo que fue el que leí- planteaba que uno de los mercados más lucrativos de los Estados Unidos es el mercado de la salud. IC-02

De igual manera, apuntan, a que la falta de liderazgo del gobierno, deja un espacio de incertidumbre que es utilizado por las aseguradoras. Este actor explicó:

Poder, que en este caso es las aseguradoras, porque son las que corren el componente de financiamiento. Pues tú tienes que el componente de financiamiento es el que está corriendo... el de gobernar sin liderato. Gobernar sin liderato que es otro de los componentes del sistema de salud, que es el que debe estar sirviendo como eje de esa rueda... en realidad son las aseguradoras las que están corriendo porque con ese poder económico y político que tiene ellas son las que mandan. IC-07

Además, varios actores expusieron que, en el proceso de contratación, hay áreas que no son asumidas, ni supervisadas por ASES. Una de estas áreas es la sub contratación a los proveedores de servicio y el impacto en la calidad de la presentación de dichos servicios.

Las aseguradoras como ASES, con quien entra en contrataciones es con las aseguradoras, las aseguradoras entonces contratan a los proveedores. Y las aseguradoras son las que establecen esa relación de tarifas y cuánto te pago, de utilización, qué te apruebo, qué no te apruebo. Y en cierta forma, de lo que se quejan los proveedores, especialmente los médicos, de que quién está gobernando. IC-05

Bueno... afecta, porque fíjate que los planes, ellos quieren dar supuestamente dar un servicio de excelencia pero dan un servicio que realmente lo que ellos quieren es gastar menos, racionar el servicio, gastando menos, racionando gastan menos, manipulando los medicamentos, imponiendo unas exigencias adicionales que a veces ni el paciente puede cumplir. IC-04

Otros actores expresaron, que las aseguradoras como grupo de actores, muestran un nivel de organización interno, que les permite promover sus intereses. El siguiente actor clave expresó:

Las aseguradoras... mira, el ejemplo de cómo las aseguradoras quieren correr el rol del liderato y la gobernanza y decir “yo no voy a acatar esa ley” al punto que entonces demandan todas en grupo, uno que las representa, radican una demanda al Tribunal Federal alegando que esa ley no les aplica a ellos. IC-07

En cuanto al rol de organización interna que muestra el grupo de aseguradoras, se destaca el dominio de la información que mantienen del área técnica relativa a los seguros de salud, y su conocimiento sobre la situación fiscal de ASES, que promueve que dicho grupo, comience las negociaciones en ventaja.

#### *2.2.4.2 ASES, el Administrador de Beneficios de farmacia y Administrador del Programa de Farmacia*

ASES tiene otros espacios de negociación de contratos con entidades que prestan servicios de salud, pero que no son considerados en las negociaciones con las aseguradoras. Se trata del

Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM) y del Administrador del Programa de Farmacia (PPA). El rol principal del PPA es asesorar a ASES y a los PBM en relación a los contratos con farmacéuticas para que obtengan un mejor beneficio de ahorros en medicamentos. El PBM por su parte, administra todo lo relacionado a reclamaciones de servicios de farmacias, quejas de los beneficiarios, utilización de medicamentos entre otras tareas similares.

Un actor clave afirmó:

Pues, bajo el plan de Salud del Gobierno, lo que es el beneficio de farmacia tiene un intermediario como quien dice, no administran el beneficio de farmacia las aseguradoras seleccionadas por ASES, sino que ellos entran en una contratación directa con un PBM. En este caso es GBF 21, es el PBM del Plan de Salud del Gobierno. Ellos entonces están encargados de manejar todo lo que es el beneficio de farmacia. IC-06

Por otro lado, un actor del área operacional, explica lo siguiente sobre el PBM:

Es una entidad, una sola, que contrata ASES para que maneje la red de farmacias. Es quien hace los contratos, y se encarga de manejar las reclamaciones de medicamentos directamente con las farmacias y el beneficiario. Porque este es el proceso que existe en el mercado para acceder mejor a los servicios de farmacias. Ahora mismo, ASES no sería muy ágil en este manejo, no hay personal suficiente y cada vez hay menos. IC-04

En cuanto al PPA, mencionó:

Existe también ABARCA, que es otra empresa sub contratada que funciona como un brazo operacional de ASES que ayuda a través de RFP, a negociar con las manufactureras, precios de "rebate". Esto es un descuento a medicamentos gestionado directamente con las manufactureras por reembolso. Trimestralmente, ABARCA hace un informe de los medicamentos comprados que están negociados para reembolso, y las manufactureras le hacen un cheque a nombre de ASES con el dinero descontado. Ese dinero llega directamente al fondo de primas de ASES y ayuda al fondo estatal. IC-04

No obstante, otros actores del área operacional, técnica y de prestación de servicios, consideran que los intermediarios no son necesarios y que encarecen los costos y las operaciones. Además, exponen que afecta la prestación de servicios, puesto que son tomadores de decisiones que impactan directamente al beneficiario. Dichos actores clave, verbalizaron lo siguiente:

Y hay otro actor, todos estos intermediarios son malos, pero hay actores en las farmacias, en salud mental. salud mental básicamente uno tiene el monopolio de salud mental que corre aparte. Hay lo que se llaman los PPA, un PBM es un PPA realmente. Porque un PBM es una red de farmacias. Los PPA como no están regulados en Puerto Rico, como no estaban los PBM hasta ahora que no ha salido el reglamento, los TPA por ejemplo, a los fisiatras y a los terapistas físicos y a los optómetras le pusieron los PPA y que hizo, le bajó los pagos y le negó los servicios a la gente. Pero como no están reguladas hacen lo que les da la gana. IC-03

Lamentablemente es una gran mentira, es una gran mentira y como tantas otras cosas que está viviendo el país es una mentira convertida en política pública que ha hecho más ricos a unos sectores del país al costo de la miseria de otros. Y si quieres que lo especifique... las aseguradoras y todas esas camadas intermedias como son los PBM, los brokers, algunos administradores o que vendan productos que son para facilitar ese modelo basado en una industria con fines de lucro a expensas de la salud pública, ya sea de paciente o como los profesionales de la salud. IC-07

Todos los *rebates* lo que hacen es encarecer el sistema. Entre más *rebates* tu recibas, más caros son los medicamentos que tu distes porque son los medicamentos que menos se usan cuando te dan el rebato te lo están dando para que lo uses. IC-08

Como respuesta a este grupo de intermediarios y sus funciones, la mayoría de los actores entrevistados indicaron que la solución es eliminar los intermediarios del PSG. Esta acción permitiría un ahorro económico al PSG y también mejoraría el flujo de información de los beneficiarios. Esto último tendría una repercusión positiva en la prestación de servicios. Así lo expresan los siguientes actores clave:

Pues volvemos, en ese caso eliminaríamos un intermediario, o sea, todo se trabajaría directamente a través de la aseguradora, así es que no habría que, quizás a nivel de la red de proveedores tener esa comunicación tripartita. O sea, hay que ir a diferentes puntos de contacto, fuentes de información, etcétera para poder entonces manejar lo que es la coordinación, la parte de reportes... las aseguradoras descansan en recibir cierta información de parte del PBM, para poder entonces completar lo que es el reporte de utilización o lo que es ASES. A veces ni siquiera tienen visibilidad de lo que ellos reportan por un lado y las aseguradoras por otro. ASES es quien hace esa consolidación de información. Así que volvemos, hay mucho espacio para error al tener diferentes bancos o fuentes de información. IC-06

Yo creo que lo de los PBM lo podría hacer el Gobierno, definitivamente, yo creo que lo podría hacer. Yo creo que más que nada lo que pasa es que hoy día la tendencia en todos sitios, por lo menos en nuestro sistema americano porque obviamente hay otros sistemas en el mundo... la tendencia en nuestro sistema en Puerto Rico y en los Estados Unidos la tendencia es a tu "out source", sub contratar. Y yo entiendo que hay algunas cosas que definitivamente cuando tú te sientas y analizas la función, los recursos que requiere, todas esas cosas pues vale la pena. Pero hay otras cosas que si tú quieres tener una mejor integración y un mejor flujo del servicio, como que valdría la pena conservar tú el control. Y ese pudiera ser uno de ellos. IC-05

Los PBM yo creo que se deben eliminar, pero ahora están tratando una ley ahí, que se encontraron ahí que si los cambios y las supervisiones los iba a hacer Salud o el Comisionado de Seguro... y regatearon ahí un tiempo y finalmente dijeron que lo regulara Salud... pero que afectaba nada más que al 15 o 20 por ciento de las transacciones... En el pasado los políticos querían cambiar eso y no pudieron porque le cogieron miedo a la oposición de los PBM que también son poderosos y cabilderos y eso le mete miedo a ellos, pero el principio básico es que esas compañías te dan dinero para las campañas. IC-01

Esta última aseveración que expone el actor entrevistado, hace alusión al poder que representan estas organizaciones en relación al gobierno y los partidos políticos. Es importante destacar, que,

aunque estos intermediarios están en Puerto Rico en funciones hace más de 10 años, no habían sido regulados. De hecho, el proyecto de ley a estos fines fue sometido en el año 2017 y no fue hasta el mes de julio del 2019, que se firmó la Ley 82, que regula a los Administradores de Beneficios y Servicios de Farmacia, los PBM. No queda claro, si los PPA<sup>5</sup> están incluidos en dicha Ley.

Por otro lado, aunque la Ley 82-2019 fue aprobada, de acuerdo a esta investigación, no se ha implementado, violentando sus propias disposiciones. Sobre la vigencia de la Ley se indica que: “Los Artículos 18, 19 y 20 de esta Ley entrarán en vigor inmediatamente después de su aprobación, y sus restantes disposiciones entrarán a ciento veinte (120) días calendario después de su aprobación” (artículo 24, Ley 82-2019, p. 19).

Se encontró, que el reglamento está aún en borrador con fecha del 28 de febrero de 2020, titulado “Reglamento del Secretario de Salud para la Reglamentación de los Administradores de Beneficios y Servicios de Farmacia en Puerto Rico”. Dicho reglamento establece la creación de una oficina para un Comisionado Regulador, que estará encargado de implementar y fiscalizar el cumplimiento de la Ley.

#### *2.2.4.3 ASES y los prestadores de servicios de salud*

Dentro de esta arena de interacciones, se integra al análisis otro actor central, los prestadores de servicios. Estos son contratados por las aseguradoras que ya han sido seleccionadas por ASES. Se trata de médicos primarios, especialistas, sub especialistas, laboratorios, hospitales, y todas aquellas instancias que componen la atención primaria y secundaria dentro de la cubierta del

---

5. En el documento de solicitud de propuesta, RFP-2018, se identifica a los Administradores de Programa de Farmacia como PPA. En tanto, en la Ley Núm. 82 de 30 de julio de 2019 “Ley Reguladora de los Administradores de Beneficios y Servicios de Farmacia” existe un grupo denominado “Administradores de Beneficios de Farmacia” (PBA, por sus siglas en inglés), pero no queda claro, si se refiere a los Administradores de Programas de Farmacia. Los actores entrevistados, tampoco pudieron precisar la información y añadieron que, en su mejor conocimiento, los PBM son los regulados por dicha Ley, no así los PPA. De hecho, al momento de la redacción de este documento, no estaba disponible el reglamento que habilita operacionalmente la Ley.



PSG-Vital. Los prestadores de servicio, pueden ser contratados por las aseguradoras como miembros de una red general de proveedores o como miembros de una red preferida.

Para llevar a cabo el proceso de contratación, las aseguradoras hacen negociaciones directamente con los grupos de prácticas independientes (IPAS) y con aquellas instancias que brindan servicios de salud. Los procesos de negociación y contratación con estos prestadores de servicios, no son supervisados por las entidades reguladoras de la esfera federal, ni de la esfera estatal. Esto incluye a ASES. Si bien las aseguradoras tienen que cumplir con lo pactado en el contrato con ASES y se evalúa el proceso en todas sus fases, no se encontró información sobre la evaluación de las contrataciones entre aseguradoras y prestadores de servicios.

Un actor clave indicó:

Si tú eres ASES y yo soy la aseguradora y tú y yo llegamos a unos acuerdos que se convierten en contratos, entonces ya tú me estas a mí dando la autoridad para yo hacer lo que me de la real gana con el resto de los que vienen por ahí detrás. Porque en esa negociación entre tú y yo no entraron los proveedores. IC-07

Indican algunos actores clave, que la falta de fiscalización provoca un impacto directo al sistema de salud, entre otras cosas, por la duplicidad de servicios y el costo que significa para los prestadores de servicios. En tanto, las aseguradoras mantienen sus ganancias económicas.

Los actores clave aseguran:

Pero lo que quiero decir es, que nosotros, si tú le preguntas a los profesionales de la salud y me imagino que también con los grupos de pacientes pasa lo mismo... es que nos vemos indefensos ante la manera que opera ASES... tu sabes y el Departamento de Salud. Entonces también, como son las aseguradoras las que filtran gran parte del dinero, ya sea público o privado, ¿cómo tú no le vas a pedir cuentas a una aseguradora?... ¡por Dios! IC-07

Eso es una cosa que yo me he quejado amargamente, especialmente cuando tú hablas de servicios especializados que se ofrecen en centros terciarios y especialmente, los centros terciarios públicos. Vamos a hablar particularmente de Centro Médico. Ese paciente fue al Auxilio (hospital privado en Puerto Rico) y allá empezaron a tratarlo y se dieron cuenta que era una cosa complicada especializada y lo mandan al pediátrico (hospital público en Puerto Rico). Entonces el pediátrico lo atiende, diagnóstico raro, dificultoso, servicios únicos que solo se dan ahí y cuando van a cobrar y el PSG paga la mitad de lo que costó atender al paciente. Pero, ya el PSG a la aseguradora le había pagado, así es que a mi mejor entender, están pagando doble. Porque yo (Estado) ya pagué por atender al paciente. IC-05

Los grupos... la última piedra cae abajo. Si ASES mañana le quita un dólar a la aseguradora, los médicos pierden un dólar cincuenta. Acuérdate que la aseguradora \_\_\_\_\_ es una operación

costosísima. Porque todo el mundo... allí son tres mil y pico de empleados, esos aires no se apagan es un edificio grande y si tú, en una oficina médica pagas cinco mil pesos (dólares) de luz, pues allí pagas cincuenta mil... una operación costosa tienes empleados, tienes gerente que ganan un montón de dinero pues todo eso cuesta un montón de chavos mantenerlo. IC-08

En suma, de acuerdo a esta investigación, los prestadores de servicios, tienen que cumplir con altas exigencias de calidad, múltiples informes, mantenimiento de una estructura administrativa para cumplir con las métricas de atención al paciente y de facturación, pero obtienen un pago mínimo por sus servicios.

Destacan que, su participación en la toma de decisiones es prácticamente inexistente. En la Junta de Directores de ASES, existe un espacio de representación para proveedores de servicios, pero los actores clave entrevistados entienden que no es suficiente. Además, no se incluyen representantes de las IPAS ni de otros sectores de servicios directos en el área de la salud.

#### *2.2.4.4 Oficina del Procurador del Paciente (OPP)*

Como último actor identificado dentro de la esfera estatal por sus características de entidad gubernamental, se incluye a la Oficina del Procurador del Paciente. Como descrito al inicio de este capítulo, su rol principal recae en garantizarle a los pacientes sus derechos. Tiene, por disposición de la Ley 194 (2000), un alcance cuasi legal, con facultades para recibir y manejar querellas, realizar vistas públicas u oculares, solicitar documentación a ASES, Departamento de Salud, aseguradoras, y cualquier otro proveedor de servicios de salud. También puede interponer recursos legales que sean en beneficio de cualquier paciente, entre otros.

Pese a que es la única entidad local con dicho alcance, en nuestra investigación, ninguno de los informantes clave, identificó esta oficina como un actor central. Un actor clave expresó:

Bueno, el Procurador del Paciente en un momento podía ser otro actor en tratar de fiscalizar o develar por el mejor interés de los pacientes o del consumidor, como tú lo quieras llamar. Pero esa fue otra oficina que también fue vulnerable por la política partidista porque si... eso era otra oficina que podía convertirse en un dolor de cabeza para las aseguradoras o para la administración que estuviera en ese momento o si la persona que estaba en Fortaleza (Gobernador de turno) poco le podía importar el que haya un mínimo de regulación, pues usaba esos chavos rompía la oficina y usaba esos chavos (dinero) para otra cosa. IC-07

Del análisis documental, no se da cuenta de la participación activa de la Oficina en la defensa de los derechos de los beneficiarios a través de ASES. La información revisada en la página oficial de la Procuraduría, apunta a que existe un problema de presupuesto y recursos humanos. Se reseña una reducción importante de presupuesto entre el año 2013 que tenía asignados 3.1 millones de dólares para operar, versus 1.8 millones de dólares asignados en el año 2018. Al momento, cuenta con 30 empleados, encargados de atender cerca de 3.2 millones de personas (OPP, 2020).

No obstante, en su página virtual la OPP hace referencia a datos del año 2018, en el que indican haber recibido 1,835 querellas, de las cuales lograron resolver más del 70 %. Es importante mencionar que estas querellas responden a la totalidad de los ciudadanos en Puerto Rico, es decir, no se circunscriben al PSG-Vital exclusivamente.

En la composición de la Junta de Directores de ASES, no se contempla la participación de esta oficina y tampoco lo exige el Departamento de Salud.

## **2.3 Beneficiarios**

Los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno, en este caso, mantienen una interacción inicial con la oficina de Medicaid en Puerto Rico, puesto que es la entidad que determina la elegibilidad al PSG-Vital. Luego, se suscriben con una de las aseguradoras ya contratadas por ASES, y entonces determinan a qué médico primario seleccionarán.

Este proceso, se trata de uno básicamente unidireccional, tanto por parte de Medicaid, como por parte de las Aseguradoras, puesto que el beneficiario, no siempre tiene el dominio técnico de la información y el conocimiento sobre sus derechos.

La relación más directa la mantiene el beneficiario con su médico primario. Esto es así, ya que el modelo de atención por capitación exige que sea el médico primario quien tenga el presupuesto asignado por paciente y, por ende, el control del uso de este. Lo que significa, que los referidos a médicos especialistas, estudios médicos y medicamentos recetados, tienen que ser validados por su médico primario.

De acuerdo con los informantes clave, las interacciones de los beneficiarios con ASES o con la Oficina del Procurador del Paciente, se dan usualmente también, para presentar quejas o querellas en torno al servicio recibido o denegado. Esto ocurre mayormente cuando ya han agotado las opciones brindadas por su médico primario y continúa la insatisfacción.

La relación entre los beneficiarios con los PPA o PBM, no se percibe explícitamente, puesto que estos son intermediarios entre el PSG y las farmacias. De acuerdo a la Ley 82-2019 “son intermediarios que negocian los servicios y los costos de medicamentos entre las empresas farmacéuticas y los terceros pagadores, tales como el Gobierno, compañías de seguros, las empresas y los clientes que pagan directamente” (p.1). Su función abarca la administración de la cobertura del plan de medicamentos de los pacientes, y es considerado “uno de los eslabones más importantes de la cadena de servicios de salud” (Ley 82, 2019, p. 2).

Según la exposición de motivos de la Ley 82-2019, existe un problema relacionado al pago de medicamentos, que impacta primero a las farmacias, pero las consecuencias finales llegan hasta el beneficiario.

Se ha identificado un problema serio en la relación de estas empresas y las farmacias, específicamente, en lo que respecta a pagos por concepto de medicamentos. En este caso los PBMs de forma unilateral imponen y determinan, a su criterio, el precio a pagar por los medicamentos adquiridos por las farmacias para ser provistos al paciente. En muchas ocasiones los pagos que se hacen a las farmacias están por debajo del costo de adquisición del medicamento. No cabe duda, que en la medida en que la farmacia no puede recobrar el costo del medicamento, asume pérdidas sustanciales que, siendo una pequeña empresa proveedora de salud, no puede asumir ni absorber. Esto hace que dichas farmacias se vean en la obligación de no adquirir ciertos medicamentos y sufran pérdidas económicas significativas (Ley 82-2019, p. 2).

El impacto principal de esta situación en relación al beneficiario, es que lo expone a no tener oportunamente acceso a sus medicamentos o a tener que pagar un costo adicional, pese a que ya está contenido en la prima que el Estado paga por su seguro médico.

Uno de los informantes clave describe lo siguiente:

A veces que hay necesidades para algunos pacientes de estudios, medicamentos u otras alternativas que tenemos que hacer varias solicitudes para que puedan autorizarte el estudio, los medicamentos. Creo que eso se puede mejorar y debe mejorarse. Son afectados. Hay pacientes que no pueden pagar un deducible de un medicamento más caro o que la Reforma de Salud no pueda cubrir un medicamento por el alto costo. IC-12

Otro informante clave, hizo referencia al impacto del rol de los PBM en términos de contención

de costos. Explica como se ve afectado el beneficiario, aún si tiene acceso a los medicamentos, pero no son los adecuados.

Abaratar costos, y si eso implica que le voy a dar estos medicamentos a la gente y estos los saco (elimino) aunque sean los más utilizados y recomendados para las condiciones más altas en prevalencia en nuestro país, eso lo van a hacer. Y ahí es que está el problema ves. Si yo no le doy tratamiento a la gente bajo las recomendaciones clínicamente que se establecen con los medicamentos que son los más aptos para ese tipo de condición, porque tienen unos efectos mucho más rápidos y menos adversos a la salud de la gente, pues entonces ahí es que estamos mal. ¿Por qué?, porque siempre la vara en esta lógica mercantilista va a ser donde está la ganancia. Y si la ganancia dobla por el medicamento más barato, aunque eso le cueste salud a la gente o tenga efectos secundarios mayores, o le termine dañando otras cosas pues va a doblar por ahí. Y esa es la función de PBM. IC-02

Un dato relevante, es que los beneficiarios, no identifican al intermediario PBM como un actor dentro del PSG-Vital. Esto puede ocurrir, dado a que su relación directa y tangible es con las farmacias. De acuerdo a los actores entrevistados, cuando presentan alguna dificultad en acceder a los medicamentos, retornan a su médico primario o hacen la reclamación directamente a la aseguradora.

En términos de participación directa en la arena de toma de decisiones, la Junta de Directores de ASES, tiene el espacio para un representante de los beneficiarios del PSG. Ninguno de los informantes clave entrevistados, vinculados al sector de beneficiarios, indicó conocer a dicho representante.

## **2.4 Otros actores del sistema**

Para finalizar, se analizan dos actores considerados significativos e influyentes. Uno de ellos es el Colegio de Médicos-cirujanos de Puerto Rico y el otro es el Consejo Multisectorial de Sistema de Salud, que agrupa amplios sectores vinculados a la salud.

El Colegio de Médicos-cirujanos de Puerto Rico, es considerado un actor significativo dentro del sistema de salud, con un rol dirigido a la colaboración entre agencias y organizaciones vinculadas al sector de la salud. Este es el organismo colegiado de los médicos en Puerto Rico y mantiene un reconocimiento público importante, por lo que también ejecuta un rol de

fiscalización y denuncia pública sobre aquellas decisiones que consideren que atentan contra el bienestar del gremio o la salud de las personas.

Las interacciones principales identificadas son con el poder ejecutivo, legislativo y ASES. Este organismo no está dentro de los espacios de toma decisiones en términos de la política pública de salud, pero inciden a través de la opinión pública y los medios de comunicación.

Por su parte, el Consejo Multisectorial del Sistema de Salud, fue creado mediante legislación y está adscrito al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (universidad pública). El objetivo principal es agrupar y mantener una estructura participativa de amplios sectores vinculados a la salud pública, para recomendar al gobierno y la legislatura, el mejor sistema de prestación de servicios de salud y el modo de financiamiento más adecuado para superar las ineficiencias y carencias del sistema actual.

Del análisis documental y las entrevistas a informantes clave, se desprende que esta es una ley considerada sin actividad y sin reconocimiento por parte del Departamento de Salud. Está vigente, pero el Estado no les ha brindado los recursos de información y económicos necesarios para su implementación, ni le ha reconocido el poder de toma de decisiones que detalla el instrumento legal. Un actor clave indicó en su entrevista:

El Consejo Multisectorial de Salud es un consejo creado por ley y tiene el deber ministerial de asesorar al Gobierno en el modelo de servicios más eficientes para el país. Pero no tienen acceso a la data del Departamento de Salud ni a la data de las aseguradoras. No la tienen, no la tienen... y no tienen mecanismos tampoco, para poder requerir eso. Entonces hay un consejo creado por ley. Tienen muchísimos representantes ahí de diferentes sectores de la sociedad. Que no son ni siquiera puestos por el Gobierno. Son puestos por sus propias organizaciones. Los trabajadores sociales eligen un representante, los psicólogos eligen su representante, los médicos eligen su representante, pero, no hay mecanismos. Sin información, sin acceso a información no puede haber fiscalización. El pueblo necesita eso. Así que, parte de la función que debe tener la ciudadanía en este proceso de sistema de salud es exigir al Departamento de Salud mayor participación en estos procesos de toma de decisiones. Y que el Departamento de Salud reconozca que hay ya cuerpos creados por ley para eso. IC-02

El Consejo Multisectorial, para el año 2016, publicó un primer informe sobre el sistema de salud, en el cual se evidencia la participación amplia de diversos sectores como: líderes comunitarios, iglesias, organizaciones sin fines de lucro del sector salud, Amnistía Internacional, Colegio de Médicos Cirujanos, Colegio de Farmacéuticos, Colegio de Profesionales del Trabajo Social, Asociación de Psicología, Asociación de Compañías de Seguro, sectores empresariales,

Asociación de Hospitales, Asociación de Laboratorios, Asociación de Salud Primaria y Asociación de Farmacias, representantes del Departamento de Salud, entre otros grupos.

En el preámbulo de dicho informe el Consejo expone lo siguiente:

La Ley 235-2015 ensaya un modelo de formulación de política pública diferente. Tradicionalmente, desde La Fortaleza se nombran a las personas para integrar una comisión que rinda un informe sobre un asunto específico. Sin embargo, antes de nombrar a cada persona, ya en Fortaleza se conoce de antemano cuál es la posición de dicha persona sobre el asunto en cuestión. Aunque se representen como personas con pericia, objetividad y neutralidad, al Ejecutivo ejercer su poder de nombramiento, los seleccionados responden directamente a él como autoridad nominadora, lo que inevitablemente influye en el proceso de toma de decisiones al interior de la comisión.

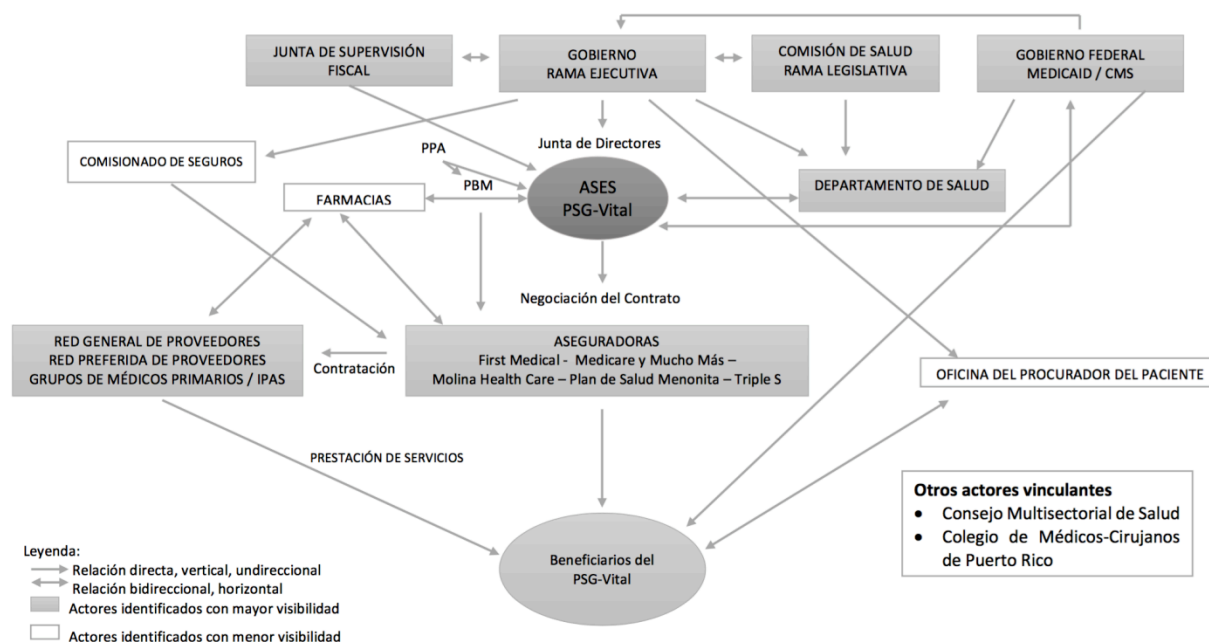
La Ley 235-2015 crea un amplio Consejo Multisectorial que está conformado por representantes escogidos por los propios sectores que componen y tienen injerencia en el sistema de salud, quienes tendrán que rendirle cuentas a cada sector. El Consejo Multisectorial establecerá un proceso deliberativo en el cual cada sector representará sus propios intereses para elaborar alternativas de política pública en el sector salud.

Al final, en dicho informe se presentan alternativas para mejorar el sistema de salud, con pasos importantes que lo preceden, como la realización de estudios para cambios del modelo de prestación de servicios y financiamiento y la consideración de integrar diversos componentes del sistema.

Para concluir este apartado, es importante retomar que, aun cuando se han descrito los roles y las interacciones entre los actores centrales vinculados directamente al Plan de Salud del Gobierno, pueden existir otros actores indirectos y de la sociedad civil no priorizados en este análisis. En el siguiente punto, se presenta un mapeo de los actores, con una síntesis de las relaciones entre estos.

### **3. Consideraciones finales**

A lo largo del capítulo se han descrito los actores centrales desde el marco legal, la puesta en práctica de sus funciones y se expone cómo se interrelacionan. En la figura 16, se presentan las dinámicas tangibles e interacciones entre dichos actores.

**Figura 16.** Relaciones e interacciones de los actores centrales del PSG-Vital

Fuente: Elaboración propia.

Ante las dinámicas que se presentan en la figura es pertinente retomar algunas interacciones consideradas como significativas entre ASES y otros actores. Al momento del diseño de la Ley 72 del 1993, se contempló la creación de la Administración de Seguros de Salud como una entidad con autonomía, para articular la prestación de servicios de salud mediante contratación de aseguradoras privadas. En efecto, dichas aseguradoras han asumido el rol de prestación de servicios, sub contratando redes de proveedores. De esta investigación se desprende que el proceso de sub contratar a dichas redes, no es regulado ni supervisado directamente por ninguna de las instancias del Estado.

Asimismo, tanto el diseño estructural, como las conductas reguladas por la base legal, promueven que el DSPR no ejecute su rol de ente rector, y se aleje de la creación o mantenimiento de relaciones intersectoriales dentro del Sistema de Salud. De acuerdo a Subirats, et al. (2008) es posible que estas decisiones en el ámbito administrativo de una política pública, se asuman con intencionalidad. Destaca el autor que puede existir el interés del Estado en actuar



fuera del estricto marco de derecho público y hacerlo desde la esfera del derecho privado, con el fin de sustraerse de ciertos controles (Subirats *et al.*, p. 60). Añade el autor, que esto no significa que dejen de intervenir en calidad del poder público, pero si puede generar un problema de control político. Este problema en el caso de ASES es perceptible, en tanto el Ejecutivo es quien ha mantenido el control de las decisiones administrativas, y ha limitado el control del poder legislativo.

Esto, a su vez, ha generado que otros actores no Estatales, impongan los marcos de acción y definan tanto de forma explícita como implícita los términos para desarrollar la política del PSG. Se observó que existen dos instancias que mantienen relaciones de poder y jerarquía que permean en toda la arena política y que dominan las áreas de regulación, de la información, la capacidad de movilización de recursos financieros y la prestación de servicios.

La primera instancia es la agencia federal Medicaid (CMS). Esta agencia, como se ha documentado, financia el PSG-Vital en un 85 %. Este financiamiento está condicionado a regulaciones y exigencias que, de acuerdo a los actores entrevistados, no corresponden a los recursos económicos que allegan al PSG-Vital. Es decir, el costo de la inversión de recursos para cumplir con las regulaciones que exige Medicaid, en términos de atención y calidad a los beneficiarios, excede la ganancia económica de los prestadores de servicios de salud. Esto está generando dos consecuencias inmediatas: (1) prestadores de servicios que no aceptan formar parte de los grupos del PSG-Vital o que aceptan una cantidad limitada de beneficiarios o (2) genera una zona de riesgo moral o incertidumbre en la cual, se restringen los servicios de salud a los beneficiarios para obtener mayor ganancia económica. Esto último atado al modelo de atención per cápita, que asigna un presupuesto fijo por paciente, y que condiciona la ganancia económica del médico, al sobrante de dicho presupuesto (Vázquez, 2016, p. 15).

Se añade otra situación imperante en términos del financiamiento del PSG. Se trata de que la aprobación del presupuesto para Puerto Rico por parte del Gobierno Federal a través de Medicaid, es anual y requiere de cabildeo constante del Gobierno Estatal para su otorgación. El nivel de incertidumbre que se genera por la dependencia de la aprobación de fondos federales anualmente, propicia que las aseguradoras mantengan mayor poder en el área de negociación. Esta es considerada la segunda instancia con mayor poder entre estos actores analizados.

Un actor clave expresó:

¿Del nuevo plan de Salud del Gobierno? Pues básicamente, la propuesta estaba muy alineada con lo que eran los objetivos a nivel organizacional de la aseguradora. Se ha venido entonces también buscando la manera de modificar o de implementar lo que es un sistema de cuidado coordinado integrado. IC-06

El éxito de \_\_\_\_\_ lógicamente ha sido su solvencia económica, tiene el capital necesario para poder manejar lo que es el Sistema de Salud del Gobierno, porque lógicamente lo que es nuestro modelo de salud de Medicaid, tenemos unos retos a nivel de que, el financiamiento de lo que es ese segmento de salud público pues tenemos que competir con unas diferencias que hay a nivel de cómo es la asignación de fondos a nivel de Estados Unidos a nivel de la nación versus lo que es para los territorios americanos. En ese sentido pues se ha podido entonces encontrar ese balance saludable en poder cumplir con lo que son los requerimientos del programa versus el financiamiento que se recibe para poder establecer lo que es la prima. IC-06

Como mencionado anteriormente, ASES como entidad, no mantienen un flujo económico estable que le permita generar un proceso de negociación balanceado frente a las aseguradoras. ASES se ve en la obligación de mantener como grupo a estas entidades, que, en el caso de no poder pagarle a tiempo por sus servicios, tengan la solvencia económica para continuar con la prestación de servicios.

Se observa que esta situación, impide que entren en juego otros actores locales, como cooperativas de servicios de salud, pequeñas oficinas o grupos de IPAS locales, ya que las exigencias de solvencia económica, no les permite competir con entidades que son internacionales y sus ganancias anuales son millonarias (Vázquez, 2016).

Dentro de la gestión de recursos que se ha analizado, se encuentra el manejo de la información. De acuerdo a Subirats *et al.* (2008) “el dominio del recurso cognitivo otorga capacidad de intervención de los actores públicos y privados” (p. 79).

En el caso de las políticas de salud, por ejemplo, el manejo de la información técnica y económica es fundamental. Sobre todo, cuando se trata de la implementación de una política, que requiere de acceso constante a información actualizada. La complejidad que supone, por ejemplo, monitorear la utilización de los servicios de salud en miles de beneficiarios, dentro de un sistema que tiene cinco aseguradoras, cada una con un andamiaje administrativo diferente, ha resultado inmanejable para ASES, pues resulta un trámite altamente costoso. Los informantes clave afirmaron que ASES no tiene dicha capacidad, porque los recursos humanos y fiscales

necesarios para investigar, monitorear, compilar y traducir la información en mejoramiento de la política o en poder para promover mejores negociaciones con las aseguradoras, no son suficientes.

Otro aspecto que ha resaltado de las interacciones analizadas, es la poca visibilidad de algunos actores, tanto públicos como privados. En el caso de los actores públicos, el Comisionado de Seguros ha sido identificado como un actor central, pero sus funciones no han quedado claras en su ejecución en torno al proceso de negociaciones entre ASES y las aseguradoras.

Esta misma situación fue denunciada por la mayoría de los actores entrevistados, pero en torno al área de regulación de los procesos de contratación entre las aseguradoras y los prestadores de servicios. Se entiende que esta es un área sin regulación o intervención Estatal, aunque se gestione con fondos públicos.

Dentro de los actores poco visibles, se consideran a dos grupos intermediarios: el PPA y PBM. Estos grupos son identificados con una alta capacidad de toma decisiones, ya que administran y gestionan la cobertura de medicamentos para los beneficiarios del PSG-Vital. No ha sido posible identificar las razones por las cuales estos grupos se mantienen en una especie de actuación periférica, pues tienen unos roles específicos y unas fronteras claramente delimitadas. De acuerdo con Subirats *et al.* (2008), esta conducta puede verse en actores que deseen mantener un bajo perfil, ya que tienen un alto grado de interés en no perder su posición e incluso limitar el acceso a nuevos actores en dicho espacio.

Otros actores, contrario a lo antes mencionado, son considerados visibles, pero no tienen incidencia en la toma de decisiones. Se trata de la poca participación de algunos actores centrales y de grupos de interés social. Estos han sido limitados o excluidos del ámbito de la toma de decisiones.

Los actores entrevistados, indicaron que tanto los grupos de prestadores de servicios como los beneficiarios no son representados adecuadamente y su participación siempre ha sido limitada o solicitada tardíamente. De igual manera, se encontró que otros grupos de la sociedad

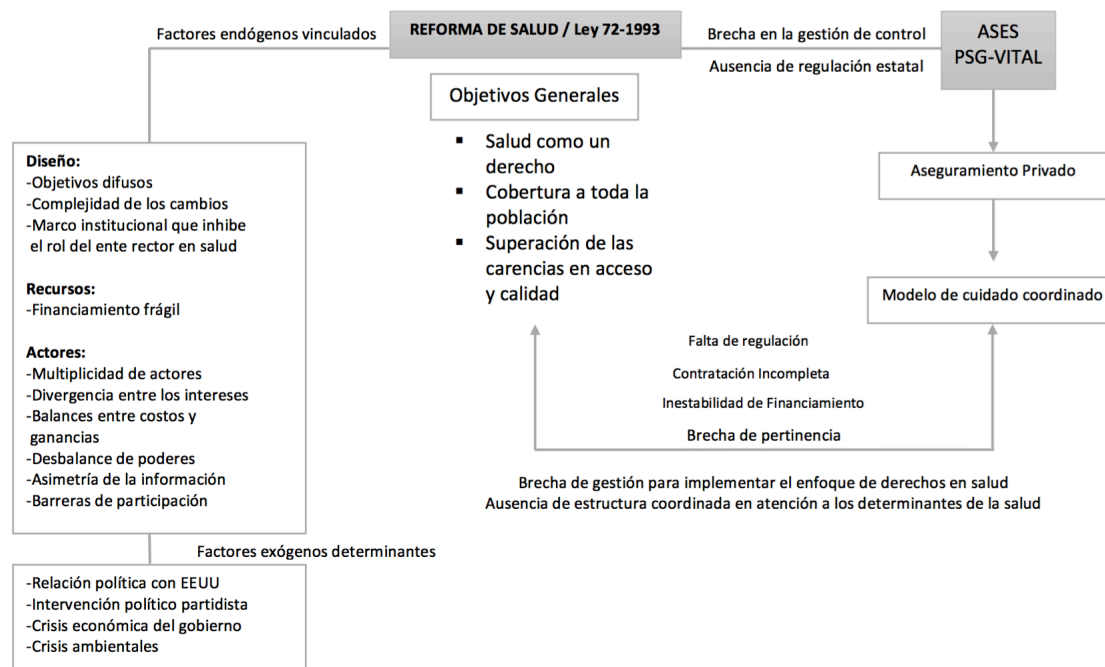
civil, han sido excluidos desde el comienzo de la implementación de esta política. Un actor clave expresó:

ASES llegó... y en realidad nunca hubo una cultura de que los médicos, de que los proveedores de salud, que los pacientes podían ser parte de la administración y planificación de ese sistema no sé, yo no sé si eso tenga algo que ver. IC-07

Según, Subirats *et al.* (2008), este desequilibrio observado en las interacciones de unos actores identificados como centrales, pero sin capacidad de toma de decisiones, puede explicar por qué surge en ocasiones una inadecuación entre las demandas sociales y las respuestas institucionales.

La figura 17 aporta una representación que es consistente con lo antes planteado. Se presentan los factores más relevantes que dan cuenta de la brecha entre la normativa vigente y la puesta en práctica, así como aquellos asuntos que fueron considerados exclusivamente en la narrativa de la intención política, pero que no se gestionaron en la implementación de esta.

**Figura 17.** Factores y brechas condicionantes en la implementación de la política



Fuente: Elaboración propia.

El análisis realizado tomó en consideración, tanto la fase de diseño de la política, como la gestión de los actores centrales, sus interacciones y la toma de decisiones en el proceso de implementación. Se incluyeron factores asociados a actores presentes desde el inicio de la política, hasta los actores de reciente integración.

Para concluir, se ha considerado que, desde los acuerdos de gestión de esta política pública, no se precisó la asignación de los recursos a largo plazo y muchas de las responsabilidades de los integrantes del sector no fueron claramente definidas. La debilidad del marco institucional, con objetivos difusos y actuaciones poco pertinentes, ha dejado un margen amplio que permitió interacciones informales que desviaron la intención original de la política.

Por otro lado, no se observó una integración consistente de otros sectores cuyos marcos legales son aplicables a esta política. Tampoco se dan los elementos básicos de las políticas basadas en derechos humanos, como la participación de la sociedad civil en todas las etapas de la política pública.

Estas decisiones han impactado las reglas de juego actuales, y han afectado la consecución de los objetivos de la reforma de salud. En el siguiente capítulo, se profundiza en las implicaciones de las decisiones tomadas a lo largo del ciclo de la política y la brecha entre el resultado y las políticas de salud basadas en derechos humanos y su impacto en la prestación de los servicios de salud.

## **CAPÍTULO VII**

### **IMPLICACIONES DE LAS DECISIONES TOMADAS POR LOS ACTORES ESTRATÉGICOS EN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

En el capítulo anterior, se hizo un esquema con mayor precisión de los actores centrales del sistema de salud, con particular atención al conjunto vinculado al Plan de Salud del Gobierno, Vital. Además, se analizaron las interrelaciones formales e informales entre dichos actores y se estableció la brecha existente entre las actuaciones apegadas al marco legal y los roles asumidos al margen de la normativa vigente. Por lo tanto, este capítulo, da cuenta de las implicaciones de las decisiones tomadas por el conjunto de actores estratégicos ya priorizados, en relación a la prestación de servicios de salud, específicamente en torno a las condiciones de acceso y calidad.

El desarrollo de los resultados en este capítulo, implica la integración de los hallazgos de las dimensiones analizadas en los capítulos anteriores para establecer la capacidad de acción de cada uno de los actores. Por ello, se presenta una síntesis de las decisiones tomadas desde el diseño de la reforma, el resultado institucional y los procesos de contratación. Luego, se analizan las decisiones tomadas que incidieron en la prestación de servicios de salud para conocer las repercusiones en cuanto a las categorías.

Dentro de las condiciones de acceso y calidad, se puntualiza en los objetivos propuestos por la reforma de salud en el año 1993 y el alcance de estos. También se considera el nivel de cumplimiento del PSG-Vital con los compromisos de gestión internacionales en torno a las políticas de salud con enfoque de derechos humanos.

Como metodología, se realizó un análisis documental y entrevistas a informantes clave. Los documentos utilizados en este apartado fueron: documentos del Departamento de Salud, la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, leyes habilitadoras de agencias públicas, colegios y organizaciones de diversos sectores,

contratos otorgados por ASES, comunicados oficiales de ASES, artículos de prensa local e internacional y bibliografía de investigaciones sobre el tema.

Con los resultados que se presentan en este apartado, se concluyen los capítulos de hallazgos correspondientes a los objetivos definidos en esta tesis. El siguiente capítulo presenta las conclusiones de la investigación.

## **1. Neoinstitucionalismo y capacidad de toma decisiones de los actores**

Esta investigación ha desarrollado su análisis, desde las bases teóricas del neoinstitucionalismo y las premisas que describen la conducta de los actores. Esto así, ya que, se ha pretendido abarcar aspectos más allá de los supuestos de la economía neoclásica. Se trata de analizar la importancia del desempeño de las instituciones, los sistemas de mercado que se han generado, los procesos de contratación, las estructuras de poder y la toma de decisiones desde la maximización del beneficio individual, y su impacto en el bienestar colectivo (Ayala, 2004).

Se introduce también, la elección racional como complemento al análisis neoinstitucional. Aunque su alcance restrictivo ha sido discutido por muchos autores, se mantiene como un modelo clave para entender la conducta y relaciones entre actores. Knight, (1992), North, (1993) y Ayala (2004), indican que, si bien puede entenderse como un modelo de análisis enfocado a la estructura puramente económica y desde una visión individualista, al ser utilizada con un enfoque neoinstitucional, su análisis incluye la mirada a los beneficios y perjuicios colectivos de esas decisiones. Además, introduce el estudio de “las tensiones y contradicciones entre la maximización individual y el bienestar colectivo, lo que permite incorporar los aspectos políticos, las negociaciones, los contratos, entre otros, que importan decisivamente en la vida económica y social” (Knight, 1992, citado en Ayala, 2004, p. 41).

Por lo tanto, las bases subyacentes que se han tomado en consideración para la discusión de las implicaciones, son las siguientes (Ayala, 2004, pp. 42-45):

- Se incorporan las tensiones, conflictos distributivos y las estructuras de poder que han surgido a raíz de las relaciones que se han dado dentro del marco institucional, los contratos y las regulaciones.

- Enfoca los problemas de asignación de recursos como un proceso complejo y de negociaciones entre individuos, grupos y el Estado.
- Se estudian las relaciones entre el tipo de instituciones y los costes de transacción.
- Sugiere que los problemas de información elevan los costos de transacción en el ámbito de diseño e implementación de la política.
- Se reconoce la existencia de información incompleta y asimétrica, que pone en desventaja a un grupo de actores.

## **2. Síntesis de los resultados sobre el diseño de la reforma de salud, los procesos de contratación y las interacciones entre actores**

En adelante, se expone una síntesis de los resultados más significativos en cuatro áreas: diseño de la reforma de salud, modelo de cuidado en condiciones de mercado, contratación y resultado de las interacciones entre actores centrales.

### **2.1 Diseño de Reforma de Salud**

El diseño de la Reforma de Salud de Puerto Rico, desde la exposición de motivos, creó la expectativa de que la ciudadanía en general, tendría igual acceso y calidad de servicios de salud, que las personas que tenían un seguro médico privado. Como trasfondo, existía una situación de falta de fondos, infraestructura inadecuada y tecnología obsoleta en el sistema público de salud. La percepción prevaleciente hacía énfasis en que no podía ser reestructurado. En contraparte, se redactaban los acuerdos político-administrativos de una política para transformar el sistema de salud, alentados por la posibilidad de acceder a un sistema privado eficiente y con servicios de calidad. A su vez, se promovía la visión colectiva de la injusticia que representaba el hecho de que existieran dos sistemas paralelos –el público y el privado– altamente desiguales dentro de un mismo país (Rosselló, 2009).

Lo antes mencionado, fomenta la creación de Ley 72-1993, que se gestó bajo dos supuestos importantes: (1) la concepción internacional del derecho a la salud, definiendo la salud como derecho inalienable (Rosselló, 2009, p. 79) y (2) la posibilidad



de un sistema de salud universal, bajo el modelo de cuidado coordinado, ya que, en Estados Unidos, se discutía dicha alternativa como la opción para cerrar la brecha de acceso a servicios de salud de la población estadounidense. Esto último, daría a Puerto Rico la capacidad económica para implementar la Reforma en el sistema de salud (Pérez, 2012; Vázquez, 2016).

No obstante, ambos supuestos quedaron excluidos en el proceso de implementación de la política. La posibilidad del financiamiento para generar un sistema de salud universal en Estados Unidos finalizó en el año 1994, cuando el Congreso rechazó la propuesta del expresidente Bill Clinton. La consecuencia directa, fue que Puerto Rico quedó sin acceso al financiamiento federal para la reforma del sistema de salud, bajo los supuestos esperados.

Aun así, el exgobernador Pedro Rosselló, al haber consolidado como su mayor promesa de campaña política la transformación del sistema de salud, continuó impulsando la reforma, estableciendo un plan de seguro de salud, bajo el modelo de cuidado coordinado, privatizando la prestación de servicios, a través de la otorgación de contratos de administración a aseguradoras privadas. Esta decisión, impactó la expectativa de tener un sistema de salud universal, apegado a las crecientes políticas internacionales basadas en el derecho a la salud y, por ende, limitó el alcance de los objetivos de la reforma.

## **2.2 Modelo de cuidado coordinado en condiciones de mercado**

Cuando se diseña la reforma del sistema de salud en Puerto Rico en el año 1993, existían una serie de dinámicas globales que daban cuenta del dominio del mercado en el sector salud. La integración del mercado, se realizaba a través de diversas modalidades, entre estas, las alianzas público-privadas, gestionadas mayormente para la prestación de servicios directos.

En el caso de Puerto Rico, prevaleció un modelo de prestación de servicios a través de aseguradoras privadas, con financiamiento público. Autores como Giordano (2000), Franco Giraldo (2014), Hernández (2003), Restrepo (2012) y Rivera (2018) exponen

que este modelo, desde su diseño, deja en manos privadas el derecho a la salud y los componentes de prevención, propios del primer nivel de atención en salud.

Dentro de otros contextos, este modelo ha resultado en buenas prácticas, pero, al ser integrado a condiciones del cuasi-mercado de la salud, enfrenta fallas profundas que afectan la prestación de servicios.

Cuando se habla de un cuasimercado, se trata de un concepto utilizado para denominar la relación oferta-demanda con unas propiedades particulares, que alejan dicha interacción del mercado conocido como “tradicional” (Salas, 2017). En el caso del sector salud, implica la sustitución de la exclusividad del Estado como ente proveedor de los servicios de salud, para que sean ofrecidos por entidades privadas, pero financiado con presupuesto público. Estas características corresponden al PSG-Vital.

No obstante, al ser un mercado no tradicional, se requiere una estructura de mercado competitiva; información completa y precisa a fin de reducir el riesgo de información asimétrica; bajos costos de transacción y baja incertidumbre e interacción en la estructura de motivación de proveedores y usuarios (Bartlett y Le Grand, 1993 citados en Salas, 2017, p. 202). Estos elementos son ejes transversales del modelo de prestación de servicios del PSG y, al no ser desarrollados rigurosamente, se ha impulsado fallas relevantes.

Una falla, señalada como la más importante en esta investigación, es el pago per cápita que asume el modelo. El hecho de asignar el riesgo de la prima a los médicos primarios, provoca un racionamiento de los servicios de salud, y por otro, la pérdida de ingresos justos a la clase médica (OPS, 2007). Destaca la OPS (2007), que esto resulta en los siguientes tres problemas fundamentales:

1. La pérdida de confianza en la relación médico-paciente, que crea un espacio de incertidumbre, al no tener certeza sobre si, en efecto, los beneficiarios están sometidos a racionamiento de servicios y medicamentos.
2. El dilema ético al que se ve sometido el profesional de la salud, al tener que decidir entre brindar un servicio de salud óptimo y de calidad versus considerar la ganancia o pérdida económica por los servicios prestados.

3. Los médicos que se integran como prestadores de servicios, la mayoría de las veces limitan la aceptación de pacientes del PSG-Vital, y aumentan la captación de pacientes con seguros médicos privados, para lograr un balance en sus ingresos.

Otro importante resultado sobre el modelo, es su focalización hacia la atención curativa de la salud. Esto deja a un lado, la consideración del concepto integral de la salud, que incluye los aspectos de prevención, sobre todo en el primer nivel de atención. Tampoco considera los determinantes sociales como ejes articuladores para el alcance del estado máximo de bienestar en salud posible.

### **2.3 ASES, PSG-Vital y el proceso de contratación de aseguradoras privadas**

Como se ha descrito a lo largo de la investigación, la Administración de Seguros de Salud (ASES), es la entidad que administra el Plan de Seguros de Salud del Gobierno, Vital (PSG-Vital). Es una corporación pública que contrata a aseguradoras privadas para que estas, a su vez, contraten redes de proveedores de servicios de salud y presten servicios a las personas aseguradas bajo el PSG-Vital.

El estudio de caso trata de un contrato neoclásico en el cual se analizó la relación contractual entre Triple S (aseguradora privada) y ASES. En general, los resultados del caso estudiado presentan que el proceso de contratación fue conceptualizado unilateralmente, a través de una solicitud de propuesta (RFP) presentada por ASES, que abrió la competencia a múltiples aseguradoras privadas para administrar la prestación de servicios de salud. La solicitud de propuesta, en su normativa, exige el cumplimiento de las regulaciones federales y expone que el Estado mantiene el rol de regulador y ente fiscalizador, así como de financiador. Sin embargo, los resultados del análisis muestran algunas contradicciones.

Como hallazgos apremiantes, se pueden resumir los siguientes:

- ASES contrata directamente a la aseguradora, y delega la subcontratación de los prestadores de servicios sin intervención ni regulación de dicho proceso.
- Se considera, desde las bases teóricas de esta investigación, que se trata de una contratación incompleta. De acuerdo a Ayala (1999) un contrato incompleto

implica que las reglas y principios contenidos en el pacto, no son suficientemente específicos. Por lo cual, se generan condiciones para el desarrollo de conductas oportunistas. Añade Ayala (1999, p. 269), que “la racionalidad limitada de los agentes, involucra problemas de incertidumbre y complejidad en las decisiones”. Las principales categorías analizadas dan cuenta de lo siguiente:

- Flexibilidad del contrato: el contrato mantiene espacios ampliamente abiertos, que no contemplan las necesidades particulares de grupos poblacionales que atiende. Por ejemplo, los contratos generados son exactamente iguales para las cinco aseguradoras que componen el PSG-Vital, y que brindan servicio en todo el país. Al mantener esta modalidad, no se especifican normativas que aseguren la atención de las diferencias de alcance geográfico, o los tipos de servicios de salud que pueden ser necesarios por zonificación.
- Temporalidad del contrato: los plazos de contratación se consideran muy cortos, en contraste con las exigencias de cumplimiento con informes y asuntos administrativos. El contrato señala que tiene una duración de tres años, condicionado a renovación anual. El contrato se evalúa anualmente para constatar que cumple con los estándares de calidad e informes requeridos. La mayoría de los informes requeridos están atados a las exigencias de las agencias federales que subvencionan el seguro de salud y son solicitados mensual, trimestral y anualmente. De acuerdo con Ruiz *et al.* (2008) las contrataciones que implican este nivel de cumplimiento, en períodos cortos de tiempo tienden a enfocarse en el cumplimiento de las métricas solicitadas, vinculadas a las acciones curativas, pues no tienen incentivos para generar prácticas de prevención y educación, ya que, por su naturaleza, exigen de amplios períodos de tiempo para ser implementadas. Por lo tanto, el riesgo es trasladado en este caso, del proveedor de servicios al paciente.
- Cobertura del contrato: la cobertura que se describe en el contrato, es considerada como una cerrada, ya que no permite actualización o ampliación durante el contrato. Existen excepciones que contemplan casos considerados catastróficos o que, por regulación federal, se exijan cambios e inclusiones. Por otro lado, aunque se percibe como una

cubierta de servicios amplia, existe una seria limitación en términos del acceso adecuado y a tiempo de servicios de nivel secundario y terciario.

Otro dato relevante del proceso de contratación es el contenido de los contratos para las cinco aseguradoras actuales. En todos los renglones los términos son idénticos, excepto en la cantidad de pago por beneficiario (prima).

Desde el análisis del contrato a partir de la visión neoclásica, se observa que ha sido un proceso de contratación compleja. Los contratos como instituciones resultantes de las negociaciones pactadas, no permiten abarcar todos los aspectos, ni adelantar todas las probables conductas oportunistas, pero si se concretan con la convicción de que serán de mutuo beneficio (Ayala, 1999).

En este caso, la complejidad y el alcance del contrato muestran una gran asimetría de la información, pues las aseguradoras dominan información que no es del alcance de ASES. En tanto, se presentan altos niveles de incertidumbre, porque, aunque se trata de un contrato formal, de cumplimiento obligatorio, lo que se pacta entre los agentes, son condiciones que se desconocen a futuro. La salud es un “bien” que, dentro del mercado, se puede proyectar en términos de comportamiento, pero que no se puede predecir. Por lo que deja expuesta la posibilidad de que cambie la conducta del agente, ante cualquier panorama que amenace su beneficio (Ayala, 1999).

## **2.4 Dinámicas significativas entre los actores centrales**

El PSG-Vital está conformado por un amplio grupo de actores, públicos y privados, interrelacionados por las reglas formales e informales que han resultado del cuerpo normativo o las prácticas rutinarias. En concreto, vinculan mediante una estructura básicamente vertical que incluye la administración, aseguramiento, financiamiento y prestación de los servicios de salud. Estos servicios de salud se brindan a un grupo de la población, considerado bajo los niveles de pobreza y cualificado por un proceso estandarizado de selección.

En el capítulo anterior se identificaron las interacciones de los actores centrales, tanto formales como informales y se prestó particular atención a la ejecución de sus

roles y la toma de decisiones en relación al apego o distanciamiento del marco normativo.

A continuación, se presenta un resumen de los hallazgos de los resultados más significativos de las interacciones.

- La Junta de Administración y Supervisión fiscal, considerada un actor emergente, de nueva integración, tiene una injerencia mayor en la toma de decisiones respecto al Gobierno de Puerto Rico en general. El alcance legal de esta entidad le permite controlar el presupuesto de ASES y fungir como ente fiscalizador.
- CMS, es el financiador principal del PSG-Vital. Esta agencia es Federal y ejerce un rol dual, ya que regula directamente a ASES y, por otro lado, junto al Departamento de Salud, mantiene el control de la determinación sobre quiénes serán las personas beneficiarias del PSG.
- El Departamento de Salud, se aparta del rol de rector del sistema de salud, y mantiene una participación horizontal con ASES, descrita como de colaboración. ASES es considerada como autoridad reguladora del PSG-Vital. Ante esta estructura, se asumen de forma fragmentada los aspectos relativos a la integralidad en salud.
- ASES, como corporación pública y autónoma, administra el PSG-Vital. Su rol principal es diseñar el cartel de referencia (RFP) y contratar a las aseguradoras; además, tiene la obligación legal de fiscalizarlas. En la práctica, se encontró que, al momento, ASES no cuenta con la infraestructura ni el recurso humano para cumplir con la fiscalización de la ejecución de lo pactado en el contrato. ASES se limita a exigir el cumplimiento con los informes requeridos por CMS, que están vinculados a garantizar la buena utilización de fondos federales y la calidad de los servicios desde una concepción biomédica y curativa, no desde la perspectiva de la garantía del derecho a la salud.
- Las aseguradoras, son entidades privadas, que administran la prestación de servicios de salud al grupo poblacional cualificado por CMS y el Departamento de Salud. Se encargan de sub contratar las redes de proveedores de servicios, así como todas las instancias del área de la salud que estén contempladas en el contrato. Como uno de los resultados más importantes, se destaca que ninguna

entidad pública revisa, regula o participa del proceso de contratación que llevan a cabo las aseguradoras con las redes de proveedores.

- Las redes de proveedores, así como los beneficiarios no se identificaron como actores con participación en la toma de decisiones centrales. Los proveedores por su parte, mantienen una relación contractual con las aseguradoras, con un mínimo poder de negociación, y esto último cuando la contratación se hace a grupos de médicos asociados, lo que se conoce como IPAS. En tanto, los beneficiarios también tienen una participación que no representa sustancialmente al colectivo. Esta participación se limita a la designación de un representante del interés público en la Junta de Directores de ASES.
- Como actores considerados poco visibles, pero con roles importantes, se encuentran dos grupos de intermediarios, conocidos como el PPA y PBM. Estos actores son intermediarios que administran todo lo relacionado a los medicamentos y hacen las negociaciones pertinentes con las farmacéuticas. Además, se encargan de manejar las reclamaciones que puedan tener los beneficiarios en torno a los medicamentos. Estos intermediarios fueron considerados por la mayoría de los actores entrevistados como innecesarios y encarecedores de los costos y operaciones del PSG-Vital.
- Otros actores del sistema, como el Colegio de Médicos-cirujanos, la Oficina del Procurador del Paciente y el Consejo Multisectorial, son significativos en la defensa de los derechos de los beneficiarios y de la clase médica. No obstante, se encontró que:
  - El Colegio de Médicos-cirujanos interactúa principalmente con el poder ejecutivo y legislativo. Ha promovido el diálogo horizontal con las aseguradoras, pero la relación es una de constante tensión.
  - El Consejo Multisectorial, aunque está instituido en ley como un consejo asesor para mejorar la gobernanza del sistema de salud, no ha sido reconocido como tal por el gobierno de turno.
  - La Oficina del Procurador del Paciente, está limitada en su actuación, porque el Estado ha realizado cortes presupuestarios que comprometen la labor de defensa de los beneficiarios. Así mismo, nunca ha sido contemplado como un actor vinculado a la toma de decisiones en cuanto al PSG-Vital y no tiene representación en la Junta de Directores de ASES.

### **3. Implicaciones de las decisiones tomadas y la prestación de servicios de salud**

La transformación del sistema de salud, desde la declaración de la intención legislativa en el artículo II de la Ley 72-1993, se vinculó a mejorar los servicios de salud existentes, particularmente el acceso y la calidad de estos. El documento señala:

Al Departamento de Salud le ha correspondido la atención del sector médico-indigente de nuestra población. Las buenas intenciones de sus funcionarios no han sido suficientes para cancelar los efectos adversos que, sobre la calidad de servicios del Departamento, han tenido factores como los siguientes: la insuficiencia de los presupuestos; el costo creciente de la tecnología y los abastos médicos; el gigantismo y centralismo burocráticos; y la interferencia partidista con la gestión departamental. (Ley 72, 1993, p. 2)

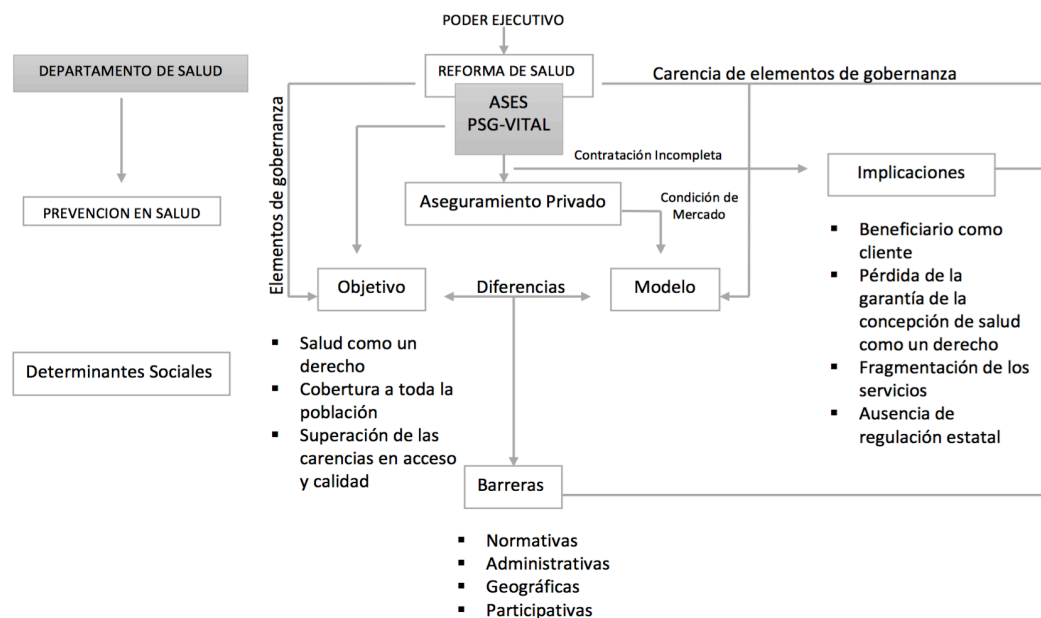
De igual manera, como objetivo central la propuesta giró en torno a “crear un sistema de seguro de salud que brinde acceso a cuidados médico-hospitalarios de calidad a todos los residentes de la isla, independientemente de su condición económica o capacidad de pago (Ley 72, 1993, p. 2).

Las premisas anteriores, exponen la justificación directa para apartar al Departamento de Salud como administrador de la prestación de servicios de salud y de generar un espacio de actuación autónomo como respuesta a los factores adversos que se describen. A su vez, se reafirma la necesidad de un cambio radical en el sistema de salud para el logro de dicho objetivo.

En efecto, se creó la Administración de Seguros de Salud, pero fue adscrita al poder ejecutivo, lo cual ha resultado en la continuidad del centralismo burocrático y la interferencia partidista. Por otro lado, las decisiones tomadas por los actores estratégicos, al momento de la puesta en práctica, se apartaron del propósito inicial y la intención legislativa, que como se mencionó, le daba prioridad al acceso y calidad en los servicios de salud.

La figura 18 muestra una representación de las implicaciones relevantes que son detalladas en los siguientes apartados.



**Figura 18.** Implicaciones en la prestación de servicios de salud

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, en el primer subtema se incluyen las implicaciones del resultado de las decisiones tomadas por los actores centrales en términos del diseño, regulación y financiamiento del PSG. En el segundo subtema, se exponen las implicaciones como resultado del proceso de contratación. Luego, se analiza lo que ha implicado las interacciones entre actores centrales. Se concluye con la exposición del alcance que ha tenido la ausencia de gobernanza en el sistema de salud y su impacto en la brecha entre la política vigente y los postulados de la universalización de los servicios de salud y la salud como derecho humano.

### 3.1 Implicaciones: diseño, regulación y financiamiento del PSG

Una de las responsabilidades indelegables por parte del Estado y las agencias estatales es la función de modulación. De acuerdo con PARS (2004), se trata de la integración del diseño y regulación de un sistema de salud por parte del gobierno. El Estado como ente rector, no solo orienta y suscribe la perspectiva del diseño, sino que conserva la capacidad de exigibilidad a todos los agentes del sistema, para propiciar el cumplimiento de las políticas públicas en salud.

En el caso de la reforma, la orientación y discurso que prevaleció en la concepción de la política, incluyó elementos de cobertura universal y superación de las carencias de acceso a servicios de salud de calidad. En cambio, la propia Ley, desde su redacción, mantuvo la concepción biologicista y de atención curativa en salud, así como un sistema de cualificación para determinar, de acuerdo a los niveles de pobreza, la afiliación de beneficiarios.

Esto implicó que, desde el diseño del marco normativo, no se considerara el concepto integral de salud. Además, a través de las gestiones de implementación de la política, no se da cuenta de iniciativas concretas para asegurar a toda la población.

Este diseño de política, se desvincula de las propuestas internacionales en esta materia. La Organización Panamericana de la Salud (2017), plantea que, para una atención integral en salud, tiene que existir una vinculación entre la conceptualización de la política y la puesta en práctica. Incluso, señala que, más allá de aspectos económicos, se trata de la integración de elementos sociales, políticos y culturales.

Añade Cunill (2010), que las políticas con enfoques de derechos deben contener ciertos principios para que la matriz conceptual mantenga los estándares internacionales a esos fines. Se trata de universalidad, exigibilidad, participación de la sociedad civil e integralidad.

El diseño e implementación de la Ley 72-1993, no cumple con los estándares básicos de una política con enfoque de derechos humanos. Esto implica que, para establecer una política con este enfoque, se debe comenzar con una reorientación de las condiciones estructurales existentes y eliminar las barreras que propenden a una mayor desigualdad social, como, por ejemplo, el modelo base de prestación de servicios que utiliza el PSG.

Ante un modelo de prestación de servicios, conformado en condiciones de cuasimercado de la salud, el Estado se separó de la prestación de servicios, dejando ese rol a las aseguradoras privadas. De acuerdo con Ayala (2009), esto es usual en este tipo de transacción, ya que el Estado busca la costo-efectividad como estrategia para mejorar la calidad y atención en salud. Sin embargo, esta práctica exige que el Estado no delegue su rol de rector/regulador del sistema, puesto que, es el ente responsable de representar el interés general de la ciudadanía. El ámbito gubernamental, no puede

descansar en las empresas privadas como actores para garantizar el bien colectivo, ya que, generalmente buscan su propio beneficio económico, y su propio interés.

En su defecto, este tipo de políticas, desde su diseño deben responder con un sistema competente de regulación, que defina claramente las funciones, y los parámetros de las interrelaciones entre los actores (PARS, 2004).

Asimismo, las responsabilidades del Estado deben propiciar el cumplimiento de la normativa establecida, garantizar la competencia regulada, promover incentivos que minimicen la conducta oportunista de los actores y evaluar la calidad del trabajo realizado por los agentes. El hecho de promover desde el marco normativo que ASES como corporación, maneje la prestación de servicios de salud, de forma autónoma, sin que el Departamento de Salud fiscalice y evalúe los procesos, ha sido otro factor determinante en el incumplimiento de los objetivos de la reforma.

Por ejemplo, la evidencia recopilada en este estudio, presenta que los indicadores de calidad que evalúa ASES, son indicadores establecidos por CMS, es decir, el gobierno federal. No existen procesos de evaluación de cumplimiento, vigilancia y control a nivel estatal. Esto se distancia de la consideración de los determinantes sociales de la salud y el aspecto de territorialidad. Para satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población de forma adecuada y con acceso oportuno a los servicios, es importante considerar la pertinencia de los factores locales (Chamizo, 2009; OPS, 2017).

Al no existir procesos de evaluación estatales, continúa la tendencia a cumplir con los requisitos típicos del modelo de atención, que solicitan demostrar la cantidad de pacientes atendidos y las justificaciones que garantizan la costo-efectividad del uso de los fondos. Esta búsqueda de la costo-efectividad, típica de los modelos de salud en condiciones de mercado, tampoco responde a la integralidad de la salud, pues el beneficiario se observa como un cliente y no como sujeto de derecho (Rivera, 2018).

Bajo esta perspectiva, el financiamiento y el flujo de los recursos es tan importante como el diseño y la regulación. De acuerdo a PARS (2004), al mirar los flujos de recursos se trata de la diferenciación entre los agentes como proveedores de financiamiento porque se constituye en el gasto, o como prestadores de servicios, ya que esto se convierte en su ingreso.

En cuanto a lo primero, en el diseño de la reforma, no se consideró un financiamiento integrado y recurrente, porque la mayor parte del presupuesto depende de las asignaciones anuales que otorgue el gobierno federal. Por otro lado, la agencia financiadora domina los requerimientos de los estándares de acceso y calidad, que no necesariamente están alineados a los objetivos de la reforma. Los fondos otorgados, no son moldeados a las necesidades de implementación de la política, sino que ASES es quien ajusta sus normativas ante las exigencias de la fuente de fondos.

Las implicaciones del financiamiento desde los prestadores de servicios, está atada a lo antes explicado, y toma un giro poco favorecedor para el PSG-Vital. Ante la incertidumbre que se genera por el vencimiento anual de los fondos federales, como regla informal, se seleccionan aseguradoras privadas con la capacidad de sustentar los costos de los asegurados, en el caso de que ASES enfrente dificultades económicas y por ende, atrasos en los pagos acordados.

El Estado ha manifestado que no tiene la capacidad de asumir dicho gasto, por lo que, incumpliría con los términos acordados con las aseguradoras. No podría lanzarse al mercado local en búsqueda de financiamiento, ya que la posibilidad de participación de aseguradores locales, es prácticamente inexistente, porque son medianas empresas y no cuentan con tal solvencia económica.

Por otro lado, se presentan efectos potencialmente graves para los beneficiarios porque pone en peligro constante el aseguramiento y acceso a los servicios de salud. Por ejemplo:

Los gastos de Medicaid proyectados para los años fiscales 2020 y 2021 muestran que, sin fondos federales adicionales, -no los fondos que se esperan anualmente- Puerto Rico enfrentaría un déficit de fondos de \$1,000 millones en el año fiscal 2020 y de \$1.5 mil millones en el año fiscal 2021", esto se traduce en más de la mitad de los costos proyectados para el PSG-Vital. (Rudowitz, Hall y Lyons, 2019, p. 14)

Aunque el nuevo modelo abrió la oportunidad de acceso a recursos y servicios médicos sofisticados, que no estaban disponibles antes de la reforma al sistema, estos son limitados a través de filtros operados por las aseguradoras. Esto, ha afectado la calidad e integralidad de los servicios, segmentando aún más a grupos considerados de alto riesgo. En concreto, por un lado, ha provocado la duplicidad de servicios, dejando a poblaciones vulnerables a cargo de servicios médicos completamente públicos y por el

otro, resultando en que existan cerca de trescientas mil<sup>1</sup> (300,000.00) personas sin seguro médico en Puerto Rico.

### **3.2 Implicaciones del proceso de contratación**

El proceso de contratación que lleva a cabo ASES con las aseguradoras, ha presentado limitaciones que afectan directamente el acceso y la calidad de los servicios. En distintas instancias y decisiones tomadas, puede ejemplificarse esta aseveración. Al inicio del capítulo se expuso el resumen del análisis del contrato estudiado, que, desde la teoría de la agencia, resultó una contratación incompleta.

No obstante, es común este tipo de resultado en los contratos de prestación de servicios de salud. Se trata de políticas altamente complejas, y desde el punto de vista de los términos del contrato, se alude a la imposibilidad de que abarquen todas contingencias. Ayala (2009) explica, que, por dicha razón, estos contratos no se completan efectivamente. Este autor añade que cuando los contratos son incompletos, pueden convertirse en un incentivo para que los agentes privados desarrollen prácticas oportunistas (Ayala, 2009).

En este caso ASES como principal, a través de una solicitud de propuesta, diseña los términos para el contrato que implementarán las aseguradoras. Aunque ASES diseña el contrato de acuerdo a sus intereses, la realidad es que las aseguradoras como agentes, aceptan los términos, porque valoran que es útil y representa algún beneficio. Las aseguradoras privadas tienen mayor manejo técnico operativo del aseguramiento en salud, y entran a la negociación con el aparato público en ventaja, porque tiene dominio de la información. También, tienen amplio manejo para su actuación administrativa, de forma vertical con los prestadores de servicios, que no es fiscalizada por ningún organismo de representación pública.

---

<sup>1</sup> Al momento, no existe una estadística exacta de las personas que no tienen seguro médico en Puerto Rico. Esta data se tomó de la información provista por un comunicado de prensa oficial de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, presidida por el Representante Juan Oscar Morales Rodríguez el 10 de octubre del 2018.

Esta ventaja en los procesos de negociación a raíz de la asimetría de la información, junto a cambios al modelo, no contemplados en la Ley, han impactado la prestación de servicios, generando retos y barreras para otros actores del sistema.

En primer lugar, se analiza las implicaciones de la flexibilidad del contrato. Al ser un contrato único para todas las aseguradoras, que a su vez requiere que brinden servicios alrededor de toda la isla, impone una barrera administrativa que presume que el contexto geográfico en Puerto Rico, no es causa de impacto en el acceso a los servicios de salud. Esta decisión ha impactado tanto a las aseguradoras y a los proveedores de servicios como a los beneficiarios.

Las aseguradoras en Puerto Rico, estaban organizadas en base a las regiones que cubrían previo al PSG-Vital, o en acuerdo a sus grupos de afiliados privados y las zonas que interesaban cubrir. El reto de reestructurar las redes de servicios para lograr una cobertura a nivel isla, ha resultado en un desafío operacional para las aseguradoras y de incrementación de costos administrativos, incluso para zonas en las que tienen un mínimo de beneficiarios (Rudowitz, Hall y Lyons, 2019, p. 10).

Por otro lado, en el proceso de transición e implementación de este cambio, los prestadores de servicios enfrentaron un alto nivel de incertidumbre al no participar de la toma de decisiones y ser los actores llamados a brindar la atención médica, ininterrumpidamente. Según Rudowitz, Hall y Lyons (2019), algunos desafíos que enfrentan son: interacción y requerimientos de cumplimientos administrativos de diversas aseguradoras, desconocimiento de las tasas de reembolso por el servicio prestado e inconsistencias en el estado de cobertura de sus pacientes.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, los beneficiarios son los actores más impactados. Si bien ASES toma la decisión de promover la libre elección de planes médicos y la reducción de costos a través de la introducción de la competencia entre aseguradoras, la realidad en la implementación implicó: confusión relacionada con la inscripción automática en los nuevos planes, falta de información para completar documentos de cambio, desconocimiento de los procesos para obtener referidos para servicios especializados o para acceder a recetas médicas, pérdida de beneficios, desafiliación involuntaria, retraso en la atención médica, entre otras (Rudowitz, Hall y Lyons, 2019; Rivera, 2018; Vázquez, 2016).

De igual manera, la no contemplación de lo que implica la dispersión geográfica de los recursos de salud, sobre todo a nivel secundario y terciario, se ha convertido en una importante barrera de acceso, específicamente por los costos económicos y de tiempo que conlleva la movilidad. Una reciente investigación en torno al acceso de instalaciones médicas indica que “la región central de la isla, y las islas costeras de Vieques y Culebra, enfrentan los mayores desafíos por la disponibilidad de proveedores y las instalaciones adecuadas para diálisis y otros servicios” (Rudowitz, Hall y Lyons, 2019, p. 8).

Los plazos en la temporalidad del contrato, explica otras barreras presentes en cuanto al acceso a servicios. Los plazos establecidos para cumplimiento con los requisitos administrativos son considerados muy cortos. El efecto de estos plazos, ha impactado a los prestadores de servicios, quienes han optado por relegar los aspectos de prevención y educación en salud, dado a que las exigencias de las aseguradoras se dirigen a procesos relacionados con las intervenciones curativas, facturación de servicios médico-hospitalarios, referidos otorgados y otras funciones similares.

De acuerdo a Chamizo (2011), si bien las acciones curativas ocurren en espacios puntuales en el tiempo, no sucede igual con la promoción de la salud. Esto último implica, una reestructuración de redes del sector, cuyos procesos evidencian resultados más a largo plazo, por lo que, frente al contrato, implica una clara barrera.

Esta posposición de la atención integral de la salud, se demuestra en los altos índices de personas con enfermedades crónicas, que son prevenibles. Por ejemplo, las estadísticas más recientes sobre la diabetes indican que 1 de cada 5 personas en Puerto Rico, padece de diabetes, y que el alto riesgo de sufrir la enfermedad está asociado a las altas tasas de obesidad, sobre peso y la vida sedentaria (Pérez, 2019; citado en EFE, 2019). En el caso de la hipertensión los datos estiman que en Puerto Rico la cifra de alta presión se encuentra cerca del millón de pacientes (Vega, 2018). Dicho autor añade, que el problema de esta alta prevalencia está directamente relacionado con la gastronomía, el estilo de vida y la cultura de los puertorriqueños.

Estos resultados estadísticos del estado de la salud de la población, requiere una modificación profunda que implica un cambio cultural. Como se mencionó, el contrato actual, por su clasificación y características, promueve los plazos cortos de actuación en

atención curativa y reduce a programas de educación coyunturales los aspectos de prevención. Por lo tanto, la contradicción existente deja al descubierto el impacto de un contrato incompleto, que demuestra la incompatibilidad con las necesidades de la población y la promoción de la salud integral.

Otro aspecto fundamental es la cobertura descrita en el contrato. El PSG-Vital, ha sido reconocido por ofrecer a los beneficiarios un paquete de servicios médicos amplio. No obstante, la cobertura incluye otros elementos como la disponibilidad oportuna de los servicios, la tramitología requerida para el acceso y la disponibilidad de especialistas a los distintos niveles de atención.

En relación a la disponibilidad oportuna de los servicios, los beneficiarios se enfrentan a un sistema de pre-autorizaciones, que son manejadas por las aseguradoras exclusivamente. Esta normativa presenta un serio dilema porque, el modelo de atención del PSG-Vital está basado en la maximización de los servicios y la contención de costos.

Así las cosas, las aseguradoras tienen una doble función. Por una parte tienen que autorizar los servicios de salud que solicitan los beneficiarios a nivel secundario y terciario, y por otra, tienen el deber de contener los costos. Cabe destacar que estas decisiones se toman en el marco de que, las ganancias económicas de médicos y aseguradoras se basan en el sobrante del presupuesto anual dado al paciente.

Este entramado administrativo-operacional ha implicado:

- Evaluación de la situación médica y posterior decisión de autorizar o no autorizar por personas que no son especialistas en medicina. Es decir, se autoriza o deniega un tratamiento con criterios no médicos.
- Retraso en las autorizaciones, que exponen a los beneficiarios a largas esperas y complicaciones de salud.
- Barreras para acceso a medicamentos.
- Mayor tiempo de espera para citas con especialistas.
- La diversidad de formularios administrativos y de gestiones para obtener las autorizaciones de servicios, genera más gastos a los proveedores de salud y le añade riesgo financiero.



- Cuando el acceso oportuno se retrasa, se observa un aumento de la atención médica en salas de emergencia, que resulta en intervención tardía y aumento de costos para el sistema.
- Se pierde calidad en la atención en salud, ya que el médico consume más tiempo en trámites administrativos y muchas veces asume roles fuera de su competencia.

Otro aspecto vinculado a la disponibilidad oportuna de servicios es la accesibilidad a especialistas a nivel secundario y terciario, la cual es cada vez menor, fundamentalmente, por las siguientes razones:

- Existe un fenómeno llamado el éxodo de médicos en Puerto Rico, ya que muchos profesionales emigran a ejercer la profesión en Estados Unidos porque las condiciones laborales son considerablemente mejor que en Puerto Rico.
- No todos los especialistas y sub-especialistas acceden a formar parte del PSG-Vital, porque asumen altos riesgos financieros y exceso de trabajo administrativo.
- Al ser un grupo limitado de especialistas los que pertenecen a las redes de proveedores de servicios se saturan de pacientes y la espera por citas médicas puede tomar en promedio meses y hasta un año.

Esto provoca que los beneficiarios del PSG-Vital estén más vulnerables, en comparación con otros grupos de la población, a no recibir atención médica especializada, así como tratamientos de enfermedades crónicas o complejas, patologías, y otras condiciones de atención específica y recurrente.

En resumen, tener un seguro de salud no garantiza el acceso y calidad de los servicios de salud en sí mismo. Promover cambios en el modelo de atención, sin considerar los elementos contextuales y ambientales de los grupos beneficiarios, ha resultado en la fragmentación de los grupos de beneficiarios y de las redes de servicios.

Por lo tanto, las reglas de los contratos tienen que ser claras y reguladas de forma eficiente, sobre todo, en un caso como este en el responden a un entramado de bases legales, de alcance federal y estatal y con un diseño ambiguo.

En suma, mantener procesos de contratación como el único enfoque alternativo para prestar los servicios de salud, ha provocado una dependencia de las aseguradoras privadas. De acuerdo a Ayala (1999) la posibilidad de la discontinuidad de contrato, genera altos niveles de incertidumbre para los actores del sistema. Un cambio en estos niveles, sería radical y amenazante para la estabilidad de la implementación de la política.

### **3.3 Implicaciones de las dinámicas entre los actores**

El impacto de la conformación de las redes de actores, sus interacciones y los roles asumidos, parten de un enfoque individualista y con diferencias en el acceso a la información. En tanto, la articulación público-privada, ha estado matizada por contradicciones no superadas, que han impedido el desarrollo de prácticas dirigidas al alcance de los objetivos de la política.

Como resultado de la dinámica estudiada, el comportamiento de los actores ha implicado lo siguiente:

- Una centralización excesiva de la toma de decisiones en el poder ejecutivo, a través del cual percolan intereses partidistas. Implicando incluso, la fórmula establecida para la designación de los representantes de la Junta de Directores.
- Un diseño corporativista desde el Estado, que promueve el mercado de la salud y excluye de la participación a grupos importantes, tanto del sector público como el privado.
- Una estructura administrativa frágil, que limita el quehacer en torno a la fiscalización y evaluación del cumplimiento de los contratos con los intermediarios.
- Una ausencia notable de la regulación pública a las aseguradoras privadas.
- Un grupo de aseguradoras, maximizando sus beneficios privados ante la incapacidad de regulación por parte del Estado
- Grupos intermediarios que toman decisiones constantemente sin coordinación horizontal con otros miembros del sistema.
- Grupos de la sociedad civil desintegrados e inhabilitados para participar de la toma de decisiones

- Los prestadores de servicios, que se conciben como externos al sistema estatal y no muestran una cultura de organización y exigencia de participación en la toma de decisiones.
- Los beneficiarios que, en su mayoría, se comportan como consumidores de servicios (cliente de la aseguradora intermediaria del PSG) y no entienden pertinente la visión colectiva para mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

En resumen, las interacciones entre los actores centrales y las decisiones tomadas, responden principalmente a las incongruencias en el diseño de la política. También, están ligadas a la competencia entre intermediarios para la contratación y las zonas abiertas a comportamiento oportunista en dichos procesos. En adición, estas se vinculan a la centralización de la toma de decisiones en el poder ejecutivo y la imperfección del mercado de la salud, sumado al déficit regulatorio por parte del Estado.

Como efecto, se mantiene la toma de decisiones a nivel político-administrativo, con una mínima participación de actores operacionales y solo en algunos instantes específicos de implementación. Los proveedores de servicios, solo interactúan a nivel operacional, de forma vertical. No se percibe, ni se fomenta una integración horizontal entre ellos. Esto conlleva a un funcionamiento desintegrado de los niveles de atención y apartado de prácticas coordinadas de prevención.

Por su parte, los actores considerados de la sociedad civil, como los colegios profesionales y grupos de interés se mantienen al margen de la toma de decisiones, aunque son consistentes con el monitoreo, denuncias y exigencias de participación.

Finalmente, los beneficiarios solo interactúan con los prestadores de servicio. Por la propia composición de este tipo de grupo, que se encuentran dispersos y no cuentan con espacios formales de articulación, es poco probable que auto-gestione una organización representativa y vinculante.

### **3.4 Síntesis del capítulo: elementos de gobernanza**

Las implicaciones que se han presentado y su impacto en el acceso y la calidad de la prestación de los servicios de salud, exponen las condiciones en las que opera el Sistema de Salud de Puerto Rico. En primer lugar, se trata de un sistema desarticulado,

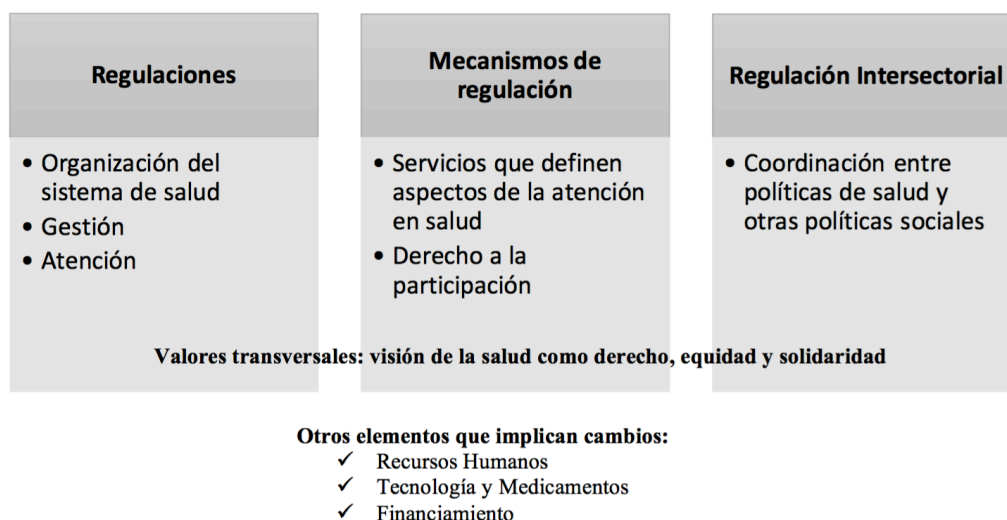
que ha segmentado el aseguramiento en salud. En segundo lugar, el Departamento de Salud, como ente rector, no ejecuta su labor indelegable de liderar los esfuerzos colectivos para garantizar el cumplimiento satisfactorio de la política. Por último, el modelo implementado, desde las condiciones de mercado, reduce considerablemente la posibilidad de que la política, en algún momento, pueda cumplir con los elementos de la salud como derecho.

Para alcanzar la salud como derecho universal, la Organización Mundial de la Salud, propone el fortalecimiento de las estructuras de gobernanza mediante acciones colectivas que incluyan actores fuera de la estructura del Estado (OPS, 2017). Se trata de promover iniciativas intersectoriales que aborden los determinantes de la salud (OPS, 2017, p. 2).

De forma similar, Cunill (2011, p. 23), expone que la noción de gobernanza enfatiza en limitar la intervención del gobierno como actor único y señala que la calidad de las interacciones que genera un arreglo institucional es tan importante como la eficiencia.

Por lo tanto, para hacer posible el cumplimiento de la intención legislativa y los objetivos de la reforma de salud en Puerto Rico, se requiere un cambio más allá del modelo de atención o de la estructura de financiación y aseguramiento, se trata de la consideración de los elementos de la gobernanza en salud. De manera conceptual, la gobernanza se entiende “como arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre la cobertura y acceso a los servicios de salud” (OPS, 2017, p. 1).

Este concepto, permite analizar a aquellos sistemas que iniciaron procesos de transformación de los sistemas de salud con el objetivo de ampliar la calidad, mejorar la cobertura y el acceso a la salud y que requieren cambios en el entramado institucional para lograrlo (OPS, 2017). La figura 19 muestra un resumen de los elementos necesarios para transformar las políticas de salud, basados en prácticas de la gobernanza.

**Figura 19.** Elementos transformadores de la gobernanza en salud

Fuente: Elaboración propia. Basado en OPS/OMS (2017).

Las recomendaciones realizadas por estudios y evaluaciones al sistema de salud de Puerto Rico, avalan la necesidad de la inclusión de estos elementos. En el Informe de la Salud en Puerto Rico (2016) se destacó la gobernanza, como una de las áreas prioritarias de atención. De acuerdo a Sánchez *et al.* (2016, p. 161), para la transformación a corto en el sistema de salud, se requiere comenzar con los siguientes cambios:

- Creación de un nuevo modelo de prestación de servicios, junto a un plan de económico claramente definido.
- Desarrollar estrategias e incentivos para contener la fuga de talentos.
- Atender los perfiles de educación formal y atemperar dicha oferta a las necesidades del país.
- Devolver el poder de fiscalización al Departamento de Salud.
- Delinear y reorientar los roles de la diversidad de actores que componen el sistema de salud, con el fin de organizar el sistema.

Recapitulando, la reestructuración del sistema de salud de Puerto Rico, requiere de un cambio político e institucional, basado en las relaciones, procesos y valores de la gobernanza, vinculado a un enfoque de derechos para la universalidad de la salud. Las propuestas a tales fines, deben integrar elementos que conduzcan a la armonización de

las decisiones y actuaciones de los diversos actores del sistema, incluyendo la introducción de prácticas inclusivas, como la democratización de la gestión pública.

Este capítulo, cierra con la sección de resultados de la investigación, organizados en el orden de los objetivos planteados metodológicamente. El siguiente capítulo contiene las conclusiones de la investigación.

### **SECCIÓN III**

## **CONCLUSIONES, REFERENCIAS Y ANEXOS**

La sección anterior expuso los resultados de la investigación de acuerdo con los objetivos específicos planteados en la estrategia metodológica. Cada capítulo, luego de su desarrollo, incluyó una síntesis que delineaba las respuestas a las dimensiones analizadas.

Por lo tanto, en esta última sección se presentan las conclusiones de la investigación, las cuales se desarrollan en un continuo que incluye una breve contextualización y los aspectos más relevantes de este estudio. A modo de cierre, se incluyen unas breves recomendaciones. Esta sección finaliza con la inclusión de las referencias de la investigación y los anexos.

## **CAPÍTULO VIII**

### **CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación estuvo orientada al estudio de la transformación en la prestación de servicios de salud, a raíz de la reforma sanitaria en Puerto Rico, considerando las instituciones y las interacciones de los actores estratégicos. El objetivo general que dirigió este estudio fue: *analizar cómo las relaciones entre los actores públicos y privados han influido en el resultado institucional prevaleciente en el sector salud y su incidencia en las decisiones que se han tomado en torno a las condiciones para el acceso y calidad en la prestación de servicios de salud a partir de la Reforma de Salud implementada en el período 1993-2020*. A continuación, se presentan las conclusiones de este estudio que abarcan una síntesis del proceso investigativo y las reflexiones finales sobre los resultados obtenidos.

Este capítulo se desarrolla en un continuo, en el que, en primer lugar, se exponen la pertinencia de las bases teóricas y el alcance metodológico, así como los aspectos más importantes sobre el contexto. Luego, se incluyen las conclusiones más relevantes de los resultados de la investigación. Se presentan inicialmente, las conclusiones relativas al marco institucional y las transformaciones principales en el sistema de salud, así como el resultado institucional desde un análisis de contratación neoclásica, y el análisis de los actores estratégicos vinculados al sistema de salud. Al final, se exponen las implicaciones de las decisiones tomadas por dichos actores en torno a la prestación de los servicios de salud. Como cierre, se destacan elementos constitutivos de la gobernanza en salud, como una posible alternativa para la promoción de un marco de actuación propio de una política con elementos de integralidad en salud. Además, se comparten recomendaciones sobre futuras investigaciones posibles, que no fueron examinadas desde esta investigación.

El análisis teórico se fundamentó en la perspectiva neoinstitucionalista con particular atención a la elección racional y complementada con la teoría de la agencia. Este marco teórico



permitió estudiar las instituciones desde las cuales se conforma la reforma del sistema de salud, es decir, las normativas, sus estructuras, las redes de actores y sus decisiones. Este enfoque permitió integrar importantes categorías y variables de análisis. Estas variables fueron ejes orientadores que advirtieron la importancia de considerar la historia, el contexto, el comportamiento de los actores, y las decisiones, como factores endógenos de las instituciones.

Distinto a otros enfoques clásicos de la economía, en neoinstitucionalismo, permitió una visión integrada de los actores y su comportamiento ante los procesos políticos y económicos, considerando las fallas del mercado y el Estado como ejes articuladores del resultado de las políticas públicas.

Metodológicamente, se parte del paradigma interpretativo, porque busca los significados y percepciones del ámbito de las normas e interpretaciones que realizan los actores desde una realidad subjetiva. Desde dicha perspectiva se hizo énfasis en los actores y sus comportamientos individuales en la toma de decisiones a partir del marco institucional prevaleciente, así como aquellas decisiones que se producen al margen de la normatividad. El enfoque utilizado fue uno cualitativo, con un protocolo de investigación que incluyó como estrategias de recolección de datos, el análisis documental, un estudio de caso contractual y entrevistas a actores clave.

En relación al contexto del desarrollo de la reforma de salud, es pertinente retomar la convergencia de las dinámicas paralelas, tanto en la esfera estatal como en la esfera federal, que configuraron un escenario único que aceleró la toma de decisiones en torno a la reforma de salud. En cuanto a las dinámicas estatales, el gobernador de turno en el año 1993 y principal gestor de la reforma en el sector salud, el Dr. Pedro Rosselló, había utilizado como bandera de campaña política, la transformación del sistema de salud. Al ser médico de profesión, y tener una trayectoria considerada excelente, las expectativas de que su propuesta era ideal, por ser conocedor directo de las necesidades en salud, añadieron credibilidad a su propuesta y fue favorecido ampliamente.

A este contexto político, se le suma el evidente deterioro del sistema de salud regionalizado, que presentaba intentos de desarticulación desde los años 70. Esto así, ya que al igual que en la mayoría de los países del mundo, el aumento de los costos en salud, el poco acceso a la nueva tecnología, y el impacto de los cambios en el sistema de bienestar social como consecuencia de

la ideología liberal de mercado, fomentaron que los temas de salud, por un lado, se tornaran en parte de las agendas político-partidistas y por otro, comenzaran a gestionarse desde la privatización de la prestación de servicios sanitarios.

En tanto, en la esfera federal, la administración del ex-presidente, Bill Clinton proponía al Congreso de los Estados Unidos, un sistema de manejo coordinado o gerenciado, que establecía las bases para un aseguramiento universal a toda la población. En Puerto Rico, se estimó que, al ser un territorio no incorporado de los EE UU, que se nutre con fondos federales y en ocasiones es incluido como beneficiario, esa ley atraería los fondos necesarios para la implementación de tal transformación. Esta dinámica explica también, el por qué el modelo que rige el Plan de Seguros de Salud del Gobierno (PSG), es uno de cuidado coordinado.

En el año 1993, con la llegada del Dr. Pedro Rosselló al gobierno, comienza una reestructuración administrativa del gobierno en general, asumiendo la nueva ola teórica de la reinención del gobierno, que buscaba agilidad y eficiencia, disminuyendo los procesos burocráticos y de regulación del Estado. A tales efectos, y para implementar la ley que dio paso al nuevo sistema de salud, se crea la corporación pública bajo la Ley 72-1993, denominada Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). ASES es la entidad que implementa el Plan de Seguro de Salud del Gobierno.

Con base en la documentación consultada, se entiende que el proceso de implementación de la política se realizó de forma acelerada y sin evaluaciones intermedias entre las fases de la puesta en práctica. Eventualmente, las evaluaciones realizadas al PSG y consultadas en esta investigación, reflejaron problemas de acceso, eficiencia, y equidad, además de grandes disparidades entre los cuantiosos recursos invertidos y el nivel de deterioro en salud que se refleja en la población. Con el objetivo de atender dichos hallazgos, se han registrado iniciativas sin mayor impacto y dos cambios considerados notables.

Uno de los cambios tuvo lugar para el año 2010, en el marco de la reforma del entonces presidente de los EE. UU. Barack Obama, conocida como el *Obamacare*. El ex gobernador Luis Fortuño, presentó un modelo alternativo llamado Mi Salud con dos cambios sustanciales:

1. que el paciente no necesitaría un referido para ver al médico especialista y

2. que las recetas médicas no tendrían que ser contrafirmadas por el médico primario. En estos términos, no se da cuenta de cambios que impactaran el modelo de prestación de servicios, pues continuó siendo uno de cuidado coordinado, contratando aseguradoras privadas para ofrecer los servicios.

El segundo cambio con la intención de atender las fallas encontradas, y que sigue vigente, fue en el año 2018, comenzando con un cambio de nombre, y de ser llamado Mi Salud, ahora es nombrado Vital. En comparación con el modelo anterior, los cambios a considerar como significativos son:

1. que el beneficiario puede seleccionar su aseguradora.
2. el beneficiario puede seleccionar al médico primario.
3. las aseguradoras pueden tener pacientes en toda la isla.

Sin embargo, luego de 27 años de implementación, la reforma en salud no ha dado los resultados esperados, específicamente en torno al acceso y calidad de los servicios de salud. Se considera como un elemento concluyente, el hecho de que la evolución propia de la política, en sus años de implementación, contribuyó al reconocimiento de la precarización de los servicios de salud, la falta de sustentabilidad económica y el impacto de la fragmentación del sistema de salud. Así mismo, el resultado tangible expone, que las iniciativas desarrolladas al momento, no atienden los problemas emergentes. Por el contrario, segmenta a la población en grupos de asegurados, y refuerza la inequidad, generando mayores barreras de acceso.

Al considerarse que existe un déficit en la implementación de la política, es que surge el interés de estudiar las dinámicas sociales, políticas y económicas desde el marco institucional de la reforma, el papel de los actores, sus interacciones y las implicaciones en la prestación de servicios.

En torno al análisis del marco institucional, se constató que la política implementada, tiene todos los elementos de los cuasi-mercados de la salud. ASES es una agencia pública, paralela al Departamento de Salud, que contrata a agentes en el mercado privado para que estas, a su vez, sub contraten prestadores de servicios de salud.

Como corporación autónoma, ASES responde al poder ejecutivo y mantiene una relación de colaboración con el Departamento de Salud (DS). La normativa vigente valida dichos roles y elimina al DS como la entidad reguladora del proyecto más grande del sistema de salud. Se ha evidenciado, que, al apartar a ASES como ente rector, la presencia del poder ejecutivo se tornó abarcadora, atentando contra la autonomía en la toma de decisiones de la Junta de Directores. Es preciso añadir, que el resultado de esta investigación confirma que el gobierno central, tiene el poder de nombramiento de la mayoría de los miembros de la Junta de Directores de ASES, así como el poder nominador y de confirmación de la dirección ejecutiva. De igual forma, da cuenta también de que la composición de dicho cuerpo mantiene un sesgo a privilegiar los intereses fiscales y privados, ya que, de los 11 actores, solo 2 pueden identificarse como representantes del interés público y, de igual manera, son nombrados por el poder ejecutivo.

La consolidación de ASES como una entidad con poderes únicos en torno al PSG ha generado conflictos y dualidad en su ejecución que ha generado cuestionamientos sobre la transparencia de esta entidad, ya que regularmente no cumple con la divulgación de información que debe ser de dominio público. Al momento del cierre de esta investigación, la agencia se encuentra bajo investigación federal con una acusación por actos de corrupción, que involucra al partido político de turno. Estas actuaciones han desembocado en inestabilidad en la agencia, falta de credibilidad y mayores controles impuestos por parte del Gobierno Federal. Esta situación puede implicar, más burocracia en la agencia, recorte de fondos y, por ende, mayores limitaciones en los servicios de salud.

No obstante, se encontró, que las dinámicas recientes no son la causa de los problemas en torno a los servicios de salud, más bien han agudizado problemáticas existentes desde el comienzo de la reforma de salud. Este estudio da cuenta de fallas estructurales históricas que no se han resuelto.

El diseño de la política, como se ha mencionado, dio paso a una reforma total del sistema de prestación de servicios de salud. A medida que avanzaba su implementación, se consolidaban la contratación de aseguradoras privadas para administrar la prestación de servicios, bajo el modelo de cuidado coordinado con el concepto de pago por capitación.

Con desventajas en el diseño, propias del modelo neoliberal, siempre se ha antepuesto la privatización de los servicios de protección social al concepto de universalidad. Como resultado se observa una política focalizada en atender de forma curativa a un sector de la población clasificado como médico-indigente, que no contempla una colectividad más amplia y tampoco a la ciudadanía en general como sujetos de derecho para el acceso a una salud integral. Pero, incluso, a quienes les brinda el servicio, lo hace desde la contención de costos y búsqueda de mayor eficiencia, que redundan en la limitación del acceso oportuno a los servicios de salud y afecta la calidad.

Sin duda, el modelo por capitación, que se basa en un pago anticipado por la potencial enfermedad que pueda presentar una persona, pone el riesgo en la utilización de los servicios de salud, sobre todo a nivel secundario y terciario. El trasladar el riesgo de la prima a los médicos primarios, les mantiene un dilema serio, ya que su ganancia está supeditada a los gastos del paciente y encarece los costos administrativos. El modelo de implementación junto a la falta de sistematización de procesos administrativos, obliga a los médicos a mantener una infraestructura compleja para cumplir con la diversidad de requisitos administrativos ante las aseguradoras, ASES y CMS.

Como se ha dilucidado a lo largo de la investigación, la implementación del modelo se concreta a través de la institucionalidad resultante del proceso de contratación entre ASES y las aseguradoras privadas. Las condiciones contractuales dan cuenta de que se trata de un contrato neoclásico, altamente complejo, que se desarrolla en condiciones de mercado.

Desde la teoría de los cuasi-mercados de la salud, se concluye que este tipo de condición contractual, presupone la mirada de la salud como una mercancía, en la cual el sector privado con fines de lucro hace un balance entre costos y gastos, para generar ganancias económicas. Esto tiene serias implicaciones, sobre todo, cuando el bien que se pacta es el binomio salud-enfermedad, el cual, es variable, dinámico e impredecible.

Además, con base en análisis desde la teoría de la agencia, se concluye que se trata de una contratación incompleta. En síntesis:

- La relación entre aseguradoras y redes de servicios es una zona de incertidumbre, no

regulada ni fiscalizada, puesto que es un área administrativa en la cual ASES no tiene injerencia.

- Al examinar la flexibilidad del contrato, se encontró que se trata de un contrato muy abierto, que no contextualiza las necesidades de la población que atiende, porque no existen especificaciones sobre los tipos de servicios y necesidades por zonificación y particularidad geográfica.
- En cuanto a la temporalidad, los plazos contractuales se consideran limitados para el cumplimiento con informes y evaluaciones requeridas a los prestadores de servicios. Las exigencias del cumplimiento con los estándares de calidad a nivel federal, en períodos cortos de tiempo, bloquean cualquier posibilidad de establecer prácticas de prevención en salud e impactan la disponibilidad de recursos para fomentar mayor calidad en los servicios que brindan.
- La cubierta de servicios de salud es considerada amplia, dentro del mercado. Sin embargo, las limitaciones del PSG-Vital, dan cuenta de una cobertura cerrada, que no permite actualización o ampliación durante el período de contrato. Por otro lado, el acceso a servicios secundarios y terciarios, tiene restricciones pre establecidas en servicios médicos como estudios, pruebas, laboratorios, entre otros.
- Las autorizaciones para accesos a los niveles de atención, son otorgadas por las aseguradoras.
- El proceso de contratación ha estado permeado por la asimetría de la información, ya que las aseguradoras mantienen una ventaja frente a los demás actores del sistema, al dominar la operación económica y técnica en el campo del mercado de la salud.

Por lo tanto, se pueden concluir que las aseguradoras administran la prestación de servicios del PSG-Vital, generando economías de escala, ajustando los precios hacia los proveedores de servicios, y con prácticas de riesgo de abuso moral.

Se concluye también, que las dinámicas presentadas, carecen de regulación estatal, ya que tanto el diseño estructural, como las conductas reguladas por la base legal, promueven que el DS esté alejado del rol de modulación y de la creación o mantenimiento de relaciones intersectoriales dentro del Sistema de Salud.

Se confirma entonces, la premisa sobre el hecho de que las decisiones tomadas, se realizaron de forma consciente y con la intencionalidad de actuar fuera del marco del derecho público que sostiene al ente rector. Si bien ha sido una tendencia de las reformas en salud basadas en las condiciones del mercado, la realidad es que ha generado un problema de control político.

La incorporación de dichas prácticas normativas, es una zona de apertura para que otros actores no estatales, impongan los marcos de acción y definan tanto de forma explícita como implícita los términos para desarrollar la política del PSG. Fundamentalmente, puede verse en relación al financiamiento. El nivel de incertidumbre que se genera por la dependencia de la aprobación de fondos federales anualmente, propicia que las aseguradoras mantengan mayor poder en el área de negociación. Por otro lado, CMS, al dominar la financiación del PSG-Vital, impone las regulaciones a cumplir, así como los requisitos para afiliarse al seguro.

Por lo tanto, el costo de la inversión de recursos para cumplir con las regulaciones que exige Medicaid, en términos de atención y calidad a los beneficiarios, excede la ganancia económica de los prestadores de servicios de salud. Se generan dos consecuencias inmediatas: (1) prestadores de servicios que no aceptan formar parte de los grupos del PSG-Vital o que aceptan una cantidad limitada de beneficiarios o (2) genera una zona de riesgo moral o incertidumbre en la cual, se restringen los servicios de salud a los beneficiarios para obtener mayor ganancia económica.

Lo antes expuesto exhibe la debilidad institucional en dar cumplimiento a la regulación y fiscalización que exigen este tipo de estructuras. Sin la presencia integrada del Estado, a través de redes institucionales, ASES ha resultado con múltiples roles y altas demandas de cumplimiento. Esta falla sistémica, promueve relaciones conflictivas y oportunistas entre actores, encarece los costos de operación, y limita la coordinación estratégica.

De igual manera, se desprende de este estudio que ASES, carece de la capacidad para monitorear, compilar y evaluar la información de la implementación de sus políticas. Hasta este momento, sigue representando un reto, la incorporación de datos procesados y analizados consistentemente, que resulten en activos para mejorar la política o en un mecanismo de poder, para promover mejores negociaciones con las aseguradoras. Esta incapacidad en la gestión, está vinculada a la interrupción de la continuidad de los procesos administrativos, ya que la dirección

de la agencia está sujeta a los cambios de partidos políticos. Además, entre otros factores, a la falta de recursos humanos y fiscales de la agencia. Se encontró que, ante los nuevos cambios del PSG-Vital, la complejidad aumentó, porque se trata de monitorear la utilización de los servicios de salud en miles de beneficiarios, dentro de un sistema que tiene cinco aseguradoras, cada una con un andamiaje administrativo diferente.

En el caso de las interacciones entre los actores que fueron analizadas, resultó concluyente, que existen relaciones mayormente verticales, ejecutadas por un pequeño grupo de actores que dominan la arena de implementación de la política. También se establece que existe poca visibilidad de actores centrales con alta incidencia en la toma de decisiones y que esta dinámica se percibe a la inversa.

En el caso de los actores públicos con poca visibilidad y alta capacidad de incidencia, se encuentra el Comisionado de Seguros. El Comisionado ha sido identificado como un actor central, pero sus funciones no han quedado claras en su ejecución en torno al proceso de negociaciones entre ASES y las aseguradoras. Tampoco se conoce el alcance legal en torno al área de regulación de los procesos de contratación entre las aseguradoras y los prestadores de servicios. Se entiende que esta es un área sin regulación o intervención Estatal, aunque se gestione con fondos públicos.

Los grupos intermediarios como el PPA y el PBM, son identificados con una alta capacidad de toma de decisiones, ya que administran y gestionan la cobertura de medicamentos para los beneficiarios del PSG-Vital. No ha sido posible identificar las razones por las cuales estos grupos se mantienen en una especie de actuación periférica, pues tienen unos roles específicos y unas fronteras claramente delimitadas. Puede concluirse, que existen elementos de una conducta oportunista, en la cual los actores mantienen un bajo perfil, para mantener su posición y primar su interés privado evitando la competencia.

En el caso de los actores considerados visibles, pero sin incidencia en la toma de decisiones, se trata de actores y de grupos de interés social. Por ejemplo, tanto los grupos de prestadores de servicios, los colegios y asociaciones profesionales, el Consejo Multisectorial, la Oficina del Procurador del Paciente, como los beneficiarios no son representados adecuadamente y su participación siempre ha sido limitada o solicitada tardíamente. Esta falta de participación de



grupos de la sociedad civil, es considerada una de las razones por las cuales existe una inadecuación entre las demandas sociales y las respuestas institucionales.

La normativa existente, carece de mecanismos que promuevan la participación ciudadana vinculante a la toma de decisiones. Esto contrasta con los lineamientos internacionales sobre las políticas sociales, basadas en derechos humanos, que exigen la integración de espacios de participación.

Como parte de las interacciones e implicaciones esbozadas, se considera oportuno destacar que dentro del panorama de actores presentados, existe un actor emergente con alta capacidad de incidencia. Esta descripción refiere a la Junta de Administración y Supervisión Fiscal, que es un ente dotado desde la esfera federal, con poderes legales que mantienen una injerencia directa en la toma de decisiones respecto al Gobierno de Puerto Rico en general. El alcance legal de esta entidad le permite controlar el presupuesto de ASES y fungir como ente fiscalizador, por lo que, a largo plazo, las interacciones a nivel político-administrativo pueden cambiar. Sin embargo, los ajustes que se puedan realizar desde la intervención de este actor, no necesariamente redundará en mejorar la respuesta institucional de la política pública, ya que el objetivo principal de la entidad es evaluar las finanzas del país y obtener los ahorros necesarios para pagar la deuda de Puerto Rico.

Dentro de los acuerdos de gestión resultantes de las dinámicas vistas en la investigación, se concluye que no se precisó la asignación de los recursos de la política a largo plazo y muchas de las responsabilidades de los integrantes del sector no fueron claramente definidas. Por otro lado, no se observó una integración consistente de otros sectores cuyos marcos legales son aplicables a esta política, desde la intersectorialidad que subyacen en las políticas de salud. Tampoco se dan los elementos básicos de las políticas con un enfoque de derechos humanos, como la participación de la sociedad civil en todas las etapas de la política pública.

En resumen, tener un seguro de salud y disponer de alta tecnología en hospitales privados, no garantiza, en sí mismo, el acceso y calidad de los servicios de salud. Promover cambios en el modelo de atención, sin considerar los elementos contextuales y ambientales de los grupos beneficiarios, ha resultado en la fragmentación de los grupos de beneficiarios y de las redes de servicios.

Ante un diseño institucional ineficiente, resultante de las dinámicas entre agentes económicos públicos y privados, el sesgo hacia el manejo de la problemática ha radicado en atender las consecuencias económicas y no los factores críticos de la implementación de la política. En Puerto Rico, se necesita un cambio político e institucional, basado en las relaciones, procesos y valores de la gobernanza, vinculado a un enfoque de derechos para la universalidad de la salud.

Por ello, es imperante repasar, que las políticas públicas en salud, tienen el objetivo de promover la prevención y atención en salud, con el fin último de alcanzar un impacto en la integralidad de la salud. Desde la perspectiva de derechos en salud, estas políticas deben responder a la universalidad en la prestación de servicios, con acceso y calidad. Además, deben tener componentes de participación, integralidad, exigibilidad y equidad. Bajo esas premisas, la consideración última de esta investigación, es reafirmar que la reforma estudiada, que se implementa a través del PSG-Vital, se aparta de dichas concepciones y se posiciona lejos de alcanzar los objetivos declarados en la Ley 72-1993.

Al concluir esta investigación, orientada desde un enfoque neoinstitucional, se espera que pueda apoyar los distintos análisis realizados del Sistema de Salud en Puerto Rico. Con las estrategias teórico-metodológicas que se han integrado, se vislumbra que este documento pueda servir como referencia para otros estudios. No obstante, se recomienda que, futuras investigaciones, puedan fundamentarse desde otras consideraciones y estrategias y que puedan atender los resultados de las interacciones entre actores en áreas específicas, que no fueron acabadas dentro de este estudio.

Entre otros temas, sería importante conocer la articulación de las negociaciones entre las aseguradoras privadas y los prestadores de servicios. Además, la conformación de los precios en el sistema de salud, el estudio de las interacciones entre actores desde la mirada del neocorporativismo y los elementos transformadores desde la lógica del cambio del modelo de atención en salud y elementos de gobernanza. A largo plazo, sería impostergable, estudiar el resultado del impacto de los retos de salud pública que está enfrentado la sociedad puertorriqueña, en el marco de un sistema de salud que opera sin conducción integral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, ASES. (2018). Contrato Aseguradora Triple-S. Recuperado de: <https://www.asespr.org/beneficiarios/contratos/>
- Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, ASES. (2020). Estadísticas de ASES. Recuperado de: <https://www.asespr.org/i/proveedores-2/estadisticas/>
- Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, ASES. (2018). Manage Care Organization's Request for Proposal-RFP.
- Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, ASES. (2019). Presupuesto. Recuperado de: <http://www.presupuesto.pr.gov/presupuestoRecomendado2018-2019/PresupuestosAgencias/Administracion%20de%20Seguros%20de%20Salud%20de%20Puerto%20Rico.htm>
- Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, ASES. (2019). Reglamento 5253. Recuperado de: <https://www.asespr.org/beneficiarios/ases/leyes-y-reglamentos/>
- Aguilar, A. (2012). Ontología y epistemología en la investigación cualitativa. *Revista IIPSI*, 15 (1), 209-212.
- Alchian, A., y Demsetz, H. (1972). Production, Information Costs, and Economic Organization. *The American Economic Review*, 62 (5), 777-795. Recuperado de: [www.jstor.org/stable/1815199](http://www.jstor.org/stable/1815199)
- Almeida, C. (2005). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1-56.
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (4), 905-925.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav*, 36 (1), 1-10.
- Astete, C. (2016). La dimensión ontológica de la investigación cualitativa. *Horizonte de la Ciencia*, 6 (10), 99-104.
- Ayala, J. (1999). *Instituciones y Economía: una introducción al neoinstitucionalismo económico* (1.<sup>a</sup> ed.). México: FCE.
- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la Investigación Social*. International Thomson Editores, S. A de C. V.

- Banco Interamericano de Desarrollo (2006). *La política de las políticas públicas: Progreso económico y social en América Latina: Informe 2006*. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/16950/la-politica-de-las-politicas-publicas-progreso-economico-y-social-en-america>
- Central Intelligence Agency, CIA. (2009). The World Fact Book. Recuperado de: [www.cia.gov](http://www.cia.gov)
- Chamizo, H. (2011). Las relaciones de agencia en el primer nivel de atención de la salud: desafíos para la equidad en Costa Rica. *Horizonte Sanitario*, 10 (2), 7-21
- Chamizo, H. (2009). Los nuevos desafíos de la puesta en práctica de las políticas de saneamiento ambiental. *Población y Salud en Mesoamérica*, 7. Recuperado de: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
- Código de Seguros de Puerto Rico. Ley Núm. 77 de 19 de Junio de 1957, según enmendada.
- Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico, (2016). Basta ya de parchos en el sector salud: Primer informe. San Juan: Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico.
- Constitución de Puerto Rico. Recuperado de: [http://www.cdc.pr.gov/InstitutoDeEducacion/RecursosEducativos/otros\\_documentos\\_de\\_interes/Constituci%C3%B3n%20del%20Estado%20Libre%20Asociado%20de%20PR.pdf](http://www.cdc.pr.gov/InstitutoDeEducacion/RecursosEducativos/otros_documentos_de_interes/Constituci%C3%B3n%20del%20Estado%20Libre%20Asociado%20de%20PR.pdf)
- Crozier, M. y Friedberg, E. (1990). *El actor y el sistema*. Madrid, España: Editorial Alianza.
- Cunill, N. (2012). ¿Qué ha pasado con lo público en los últimos 30 años? Balance y perspectivas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (52), 5-44. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3575/357533684001>
- Cunill, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 46, 1-20.
- Cunill, N., Fernández, M. y Vergara, M. (2011). Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud. Un análisis a partir del caso chileno. *SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires, 7 (1), 21-33.
- De Vos, P. y Van der Stuyft, P. (2013). Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 30 (2), 288-298.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (s. f.). Servicios al ciudadano. Recuperado de: <http://salud.gov.pr/Servicios-al-Ciudadano/Pages/default.aspx>
- Di Virgilio, M., Fraga, C., Najmias, C., Navarro, A., Perea, C. y Plotno, G. (2007). Competencias para el trabajo de campo cualitativo: formando investigadores en las Ciencias Sociales. *Revista Argentina de Sociología*, 5 (9), 90-110.

- Electronic Code of Federal Regulations Título 42, Capítulo IV, Sub parte C 455. (2020). Recuperado de: [https://www.ecfr.gov/cgi-bin/textidx?SID=289b85191ba185a2cc86383efa8a2fb0&mc=true&node=pt42.4.455&rgn=div5#se42.4.455\\_1410](https://www.ecfr.gov/cgi-bin/textidx?SID=289b85191ba185a2cc86383efa8a2fb0&mc=true&node=pt42.4.455&rgn=div5#se42.4.455_1410)
- Etzioni, A. (2003). *La exploración combinada: un tercer enfoque de la toma de decisiones. En La hechura de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa Editores.
- Evaluación del Sistema de Salud de Puerto Rico. (2005). Comisión para evaluar el sistema de salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Fernández, M. y Marín, L. (2009). Estudio del Agente Principal en la Agricultura. *El Trimestre Económico*, 4 (304). 941-964.
- Fernández, M. (2001). Ley de Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico y la reinversión del gobierno: un análisis de un cambio en procesos. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. Tesis de Maestría no publicada.
- Ruiz, F. Gómez, L., Amaya, L., Garavito, L., Beltrán, J. y Ramírez, M. (2008). *Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos*. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS Ministerio de la Protección Social - MPS Colombia.
- Financial Oversight and Management Board of Puerto Rico. (2019). Puerto Rico Oversight, Management and Economic Stability Act, 2016. Recuperado de: <https://oversightboard.pr.gov/>
- Fleury, S. (2002). El desafío de la gestión de las redes de políticas. *Revista Instituciones y Desarrollo*, 12 (13), 221-247. Recuperado de: <http://www.iigov.org>
- Fleury, S. (2000). Reforma del Estado. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Recuperado de: <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/FLEURY%20Sonia%20%20Reforma%20del%20estado.pdf>
- Franco-Giraldo, A. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32 (1), 95-107.
- Franco-Giraldo, A. (2012). Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia Política Salud*, 11 (22), 28-42.
- Freedman. (1997). En Zurbriggen, C. (2006). El Institucionalismo centrado en los actores: una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas. *Revista de Ciencia Política*, 26 (1), 67-83.
- Gofin, J. y Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panam Salud Pública*, 21 (2/3).

- Gómez, A. (2005). Influencia de los Grupos de Interés y Asociación en las Reformas y los Sistemas de Salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9, 69-80.
- Goodin, R. (2003). *Teoría del Diseño Institucional*. Barcelona España: Gedisa Editorial.
- Gorbaneff, Y., Cortes, A., Torres, S. y Yepes, F. (2013). Teoría de costos de transacción, formas de gobernación y los incentivos en Colombia: un estudio de caso. *Estudios Gerenciales*, 29, 332-338.
- Gorbaneff, Y. (2003). Teoría del Agente-Principal y el mercadeo. *Revista Universidad EAFIT*, 129, 75-86.
- Grinell, R. (1997). *Social Work Research and Evaluation* (5.<sup>a</sup> ed.). Itasca, Illinois: F. E. Peacock Publishers, Inc.
- Guy, P. (2003). *El Nuevo Institucionalismo*. Barcelona España: Gedisa Editorial.
- Hall, P. y Taylor, R. (1999). La ciencia política y los tres nuevos institucionalismos. *Revista Conmemorativa del Colegio*. México: Colegio nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública.
- Hall, P. y Taylor, R. (1996). Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studies XLIV*, 945.
- Hall, P. y Taylor, R. (1996). Political Science and the tree institutionalisms. Political Studies, citado en Pallavicini, V. (2010). Institucionalismo-Neoinstitucionalismo [Presentación]. En Investigación I: Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas. Universidad de Costa Rica
- Hall, P. y Taylor, R. (1994). Political Science and the tree institutionalisms. Version presented at the Annual Meeting of the American Political Science Association and at a Conference on 'What is Institutionalism Now?' at the University of Maryland.
- Hardin, R. (1982). Exchange theory on strategic bases. *International Social Science Council*, 21 (2), 251-272. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/053901882021002004>
- Heath, J. (2009, octubre). The Uses and Abuses of Agency Theroy. *Business Ethics Quaterly*, 19 (4), 497-528.
- Hernández, M. (2010). Análisis de Reforma de Salud en Puerto Rico bajo el Modelo de Procesos y el Modelo de Élite. Recuperado de: <http://www.blancopeck.net/uno.html>
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6.<sup>a</sup> ed.). McGraw Hill Interamericana.
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2008). *Metodología de la Investigación* (4.<sup>a</sup> ed.). McGraw Hill Interamericana.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación* (3.<sup>a</sup> ed.). México, Mac Graw-Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de estadísticas e Informática. (2000). Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Perú. Recuperado de: [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe)
- Junta de Planificación. (2019). Datos sociodemográficos de Puerto Rico. Recuperado de: <https://jp.pr.gov/Plan-Econ-y-Social>
- Klijin, E. (1998). *Redes de políticas públicas: una visión general*. Londres, Inglaterra: Sage Publications.
- Knight, J. (1992). *Institutions and Social Conflict*. Cambridge University Press.
- La Fortaleza [Comunicado de Prensa]. (1 de febrero de 2017). Se suman dos mujeres más al equipo de trabajo de Rosselló Nevarez. Recuperado de: <https://www.fortaleza.pr.gov/content/se-suman-dos-mujeres-m-s-al-equipo-de-trabajo-de-rossell-nevares>
- Laver, M & Schoefeld (1990). Political Science and Politic. *American Political Science Association*, 33 (1), 21-23.
- Le Grand, J. (1991). Quasi-markets and social policy. *Economic Journal*, 101, 1256-1267.
- Ley de la Defensoría de las Personas con Impedimentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Ley Núm. 158 de 24 de septiembre de 2015, según enmendada.
- Ley del Departamento de Salud. Ley Núm. 81 de 14 de Marzo de 1912, según enmendada.
- Ley del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico. Ley Núm. 77 de 13 de agosto de 1994, según enmendada. Recuperado de: <http://www.lexjuris.com/lexmate/profesiones/lexmedicoscirujanos.htm>
- Ley del Procurador de las Personas de Edad Avanzada del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Ley Núm. 76 de 24 de julio de 2013.
- Ley del Procurador del Ciudadano (Ombudsman). Ley Núm. 134 de 30 de Junio de 1977, según enmendada.
- Ley del Procurador del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Ley Núm. 77 de 24 de julio de 2013, según enmendada.
- Ley Orgánica de la Oficina de Gerencia y Presupuesto. Ley Núm. 147 de 18 de junio de 1980, según enmendada.
- Ley para la Administración e Intercambio Electrónico de Información de Salud de Puerto Rico. Ley Núm. 40 de 2 de febrero de 2012.

- Ley para la creación de la Administración de Seguro de Salud de Puerto Rico. Ley núm. 72 del 7 de septiembre de 1993. Recuperado de: [www.lexjuris.com](http://www.lexjuris.com)
- Ley para la Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico (PROMESA, por sus siglas en inglés). Recuperado de: <https://juntasupervision.pr.gov/documents/>
- Ley para ordenar a todas las Corporaciones e Instrumentalidades Públicas de Puerto Rico transmitir mediante mecanismos electrónicos en su Portal de Internet las reuniones de sus respectivas Juntas, crear un archivo de grabaciones y otros fines. Ley Núm. 159 de 24 de diciembre de 2013.
- Ley Reguladora de los Administradores de Beneficios y Servicios de Farmacia. Ley Núm. 82 de 30 de julio de 2019.
- Maceira, D. (2007). Actores y reformas de salud en América Latina. Nota técnica de Saúde No. 1. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Macinko, J., Montenegro, H., NebotAdell, C., Etienne, C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, 21 (2/3), 73-84.
- Macneil, I. (1978). Contracts: Adjustment of Long-Term Economic Relations Under Classical, Neoclassical, and Relational Contract Law. *Northwestern University Law Review*, 72 (6), 854-905.
- Macq, J. y Martiny, P. (2006). *La contratación de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en América Central: ¿Una opción para asegurar una atención equitativa y sostenible?* Proyecto CAPUBPRIV. DGXII-Comisión Europea.
- March, J. y Olsen, J. (1989). *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. Nueva York, EE. UU.: Free Press.
- Mariñez, F. (2004). *Análisis político y estrategia de actores. Una visión prospectiva*. México: Editorial LIMUSA, S. A. de C.V. Grupo Noriega Editores.
- Martínez, F. (1999). *Apuntes hacia una política económica racional para la promoción de la salud pública en Puerto Rico*. En *El Futuro Económico de Puerto Rico*, Antología de Ensayos. Proyecto de la Universidad de Puerto Rico.
- Metro-Puerto Rico (25 de junio de 2019). Fortaleza informa renuncia de la directora de ASES. *Metro Puerto Rico*. Recuperado de: <https://www.metro.pr/pr/noticias/2019/06/25/fortaleza-informa-renuncia-directora-ases.html>
- Naciones Unidas, Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>



- North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Negrón, O. (1998). La privatización de los servicios de salud en Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. Tesis de Maestría no publicada.
- Oficina del Contralor de Puerto Rico. (abril, 2019). *Deberes, responsabilidades y funciones de los miembros de las juntas directivas de las corporaciones públicas*. Folleto Informativo.
- Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Atención Primaria*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud y Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo*. Recuperado de: <https://www.who.int/whr/2008/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Perfil del Sistema de Salud de Puerto Rico*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Rectoría y Gobernanza hacia la salud universal*. Recuperado de: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=309&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=309&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Informe de Salud en Las Américas*. Recuperado de: [www.paho.org](http://www.paho.org)
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Perfil de los Sistemas de Salud: Puerto Rico*. Recuperado de: [www.paho.org](http://www.paho.org)
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la reforma sectorial en salud*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/19Lineamientos\\_Realizacion\\_Analisis\\_Estrategicos\\_Actores\\_RSS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/19Lineamientos_Realizacion_Analisis_Estrategicos_Actores_RSS.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La Salud en las Américas. Volumen I y volumen II*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Salud-Americas-2002-Vol-1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Informe de la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, 29 de septiembre*. OPS-HSD, Washington D. C.
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Atención Primaria en Salud*. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es)
- Osborne, D. y Gaebler, T. (1992). *La reinversión del Gobierno: cómo el espíritu empresarial está cambiando al sector público*. Reading, Mass.
- Pallavicini, V., Chamizo, H. y Vargas, J. (2013). *Manual de Políticas Públicas*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). San José, Costa Rica. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/265167567\\_Manual\\_de\\_formulacion\\_de\\_politicas\\_publicas](https://www.researchgate.net/publication/265167567_Manual_de_formulacion_de_politicas_publicas)
- Perreira, K., Peters, R., Lallemand, N. y Zuckerman, S. (2017). Puerto Rico Health Care Infrastructure Assessment. Research Report. Urban Institute.
- Pérez, I. (2003, junio 18). El futuro de la Reforma de Salud. *El Nuevo Día*, p. 80.
- Pérez, I. (2012). *La Salud no tiene precio* (3.<sup>a</sup> ed.). Editorial Deportiva CAIN, República Dominicana.
- Perdomo, R. (2007). Hegemonía neoliberal y matriz socio-política: el caso de la Reforma de Salud en Chile. *Gerencia Política y Salud*, 6 (12), 83-110.
- Pérez, A. (2019). Una de cada cinco personas en Puerto Rico sufre de diabetes. En *EFE*, 2019. Recuperado de: <https://www.efc.com/efe/usa/puerto-rico/una-de-cada-cinco-personas-en-puerto-rico-sufre-diabetes/50000110-4111260>
- Peters, G. (2003) citado en Pallavicini, V. (2010). Institucionalismo-Neoinstitucionalismo [Presentación]. En Investigación I: Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas. Universidad de Costa Rica.
- Prats, (1996). *Teoría y práctica de la política social en Puerto Rico. En la crisis sostenida: retos para la política social y el trabajo social*. Universidad de Puerto Rico: Editorial Edil.
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). (2018). *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud* [Informe Final]. Ministerio de Protección Social, República de Colombia.

- Poppo, L. y Zenger, T. (2002). Do Formal Contracts and Relational Governance Function as Substitutes or Complements? *Strategic Management Journal*, 23 (8), 707-725. Recuperado de: [www.jstor.org/stable/3094289](http://www.jstor.org/stable/3094289)
- Puchi-Acuña y Rodríguez, C. (1996). *Modelos de privatización de servicios y administración de salud pública: La Reforma de Salud en Puerto Rico y la Administración de Centros Primarios de Salud*. [Ponencia] presentada en CLADEA, Santiago de Chile.
- Ramírez, R. (2007, abril-mayo). La transformación del Sistema de Salud en Puerto Rico. *Diálogo*, pp. 8-9.
- Restrepo-Zea J. H., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F. y VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13 (27), 242-265. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
- Revuelta, B. (2007). La implementación de políticas públicas. *DIKAION*, Universidad de La Sabana, Colombia, 16 (21), 135-156.
- Rigau Pérez, (2000). La salud en Puerto Rico. *PRHSJ*, 19 (4).
- Rivera, M. (2018). *Derechos humanos en salud y trabajo social en Puerto Rico: un ensayo reflexivo para una propuesta de acción*. Publicaciones Puertorriqueñas, Inc. San Juan, Puerto Rico.
- Rivera, M. (2015). Neoliberalismo, colonialismo y derecho a la salud mental de la niñez en Puerto Rico. *Revista de Ciencias Sociales*, 28, 58-73.
- Rodríguez, M. (2006). Cuantitativo vs cualitativo ¿Una discusión necesaria? *Revista Análisis*, 7 (1), 91-102.
- Rodríguez, M. (2001). El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas. *Gac Sanit*, 15 (6), 527-537.
- Roselló, P. (2009). *El Derecho a la Salud: La lucha en busca de un ideal*. Biblioteca Gobernador Pedro Rosselló de la Universidad del Turabo y el Instituto de Política Pública del Sistema Universitario Ana G. Méndez, San Juan Puerto Rico.
- Ross, S. (1973). The economic Theory of Agency: The Principal's Problems. *American Economic Associations*, 63 (2), 134-139.
- Rossetti, A. y Mogollon, O. (2002). La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. *Gac Sanit*, 16 (1), 39-47.
- Ruiz, F., Amaya, L., Garavito, L. y Ramírez, J. (2008). *Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos*. Bogotá, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS Ministerio de la Protección Social – MPS.

- Rudowitz, R., Hall, C. y Lyons, B. (2019). *Abismo en el financiamiento de Medicaid: Implicaciones para los sistemas de atención de salud de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE.UU.* [Informe] Kayser Family Foundation.
- Salas, O. (2017). Cuasi mercado y privatización en el marco del Estado de bienestar de Suecia. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 69, 191-222.
- Sánchez, H., Morales, J., Alcover, L. y Torres, K. (2016). Informe de la Salud en Puerto Rico. Departamento de Salud, San Juan, Puerto Rico.
- Sánchez, J. (2005). *¿Existe como estudio del objeto de la administración pública el nuevo institucionalismo?* X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago de Chile.
- Santana, L. (1997). *Gobierno Facilitador: la reorganización del poder ejecutivo bajo el Gobernador Pedro Rosselló*. San Juan, Puerto Rico.
- Sarduy, Y. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana Salud Pública* [online], 33 (3).
- Satriano, C. (2006). Pobreza, políticas públicas y políticas sociales. *Revista Mad.*, 15.
- Segarra, E., Cordero, Y. (2016). *Evaluación de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico*. Centro de Estudios Multidisciplinarios sobre Gobierno y Asuntos Públicos.
- Segarra, E., Cordero, Y. y Enchautegui, M. (2016). Informe Final: Desempeño de los componentes de salud evaluados. ASEM, ASES, ASSMCA y Centro Cardiovascular. *Revista de Administración Pública*, 42 (2011), 125-176.
- Sojo, A. (2003). Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista de la CEPAL*, 80, 121-140.
- Spence, M. y Zeckhuser, R. (1971). Insurance, Information and Individual Action. *The American Economic Review*, 61 (2), 380-387.
- State Data Center, US Bureau en Puerto Rico, SDC-PR. Estadísticas poblacionales de Puerto Rico. Recuperado de: <https://censo.estadisticas.pr/>
- Strauss, A. L. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada* (1.<sup>a</sup> ed.). Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Subirats, J. (2000). Democracia, participación y eficiencia. Foro Internacional, [S. l.], 430-450. Recuperado de: <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1573>
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. y Varone, F. (1992). *Análisis y gestión de políticas públicas*. España: Editorial Adiel, S. A.

- Subirats, J., Knoepfel, P., Corinne, I. y Varones, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. España: Editorial Ariel.
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos. La búsqueda de significados*. Paidós Ibérica, SAICF, Buenos Aires, Argentina.
- Torres, S., Gorbaneff, Y. y Contreras, N. (2004). Caracterización de las formas de gobernación del intercambio económico. *Cuadernos de Administración*, 17 (27), 63-86.
- Torres, M. (2008). *Efectos de la reforma de los servicios de salud en la calidad de vida en Puerto Rico*. En Prioridades en Salud y Salud Intercultural. CIEB, Universidad de Chile.
- Tsebelis, J. (1990). *Nested games. Rational Choice in Comparative Politics*. Berkeley: University of Carolina Press.
- Ugalde, A. (1976). Los procesos de toma decisiones en el sector sanitario y sus implicaciones políticas. *Revista de Sociología*, 5.
- Ulin, P., Robinson, E. y Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. OPS, Washington, D. C.
- Uribe, M. (2009). La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003). *Gerencia Política y Salud*, 8 (17), 44-68.
- Vargas, J. y Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud*, 27 (2), 121-130.
- Vázquez, E. (2016). *Sistema de Salud de Puerto Rico. Pre y post Guillermo Arbona y post Reforma. Aprendiendo del pasado para mejorar el futuro*. Puerto Rico: Editorial Macaná.
- Vega, G. (2018, septiembre). Aumentan los casos de hipertensión por estilo de vida de los puertorriqueños. *Revista de Medicina y Salud Pública*. Recuperado de: <https://medicinaysaludpublica.com/aumentan-los-casos-de-hipertension-por-estilo-de-vida-de-los-puertorriqueno>
- Velandia F., Ardón, N. y Jara, M. (2007). Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. *Revista Gerencia Política de Salud*, Bogotá Colombia, 6 (13), 139-168.
- Vélez, C., Colón, R., y Arroyo-Acevedo, H. V. (1994). *Desde uncinariasis hasta estilos de vida: Crónicas de la educación para la salud en Puerto Rico*. San Juan, Puerto Rico: C. Vélez.
- Williamson, O. (1991) Strategizing, Economizing, and Economic Organization. *Strategic Management Journal*, 12, 75-94. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/smj.4250121007>
- Yin, R. (1991). *The Case Study Research. Designing and Methods*. Londres, Inglaterra: Sage Publications.

- Yin, R. (1992). *Investigación sobre estudio de casos. Diseños y métodos* (2.<sup>a</sup> ed.). Sage Publications.
- Zapata, G. y Hernández, A. (2010). Sistema de Inventivos y tipos básicos de trabajo en la organización bajo la perspectiva de la teoría de la agencia. *Pensamiento & Gestión*, 29, 56-86.
- Zurbriggen, C. (2006). El Institucionalismo centrado en los actores: una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas. *Revista de Ciencia Política*, 26 (1), 67-83.
- Zurbriggen, C. (2003). Las redes de políticas públicas. Una revisión teórica. Recuperado de: [http://www.iigov.org/?p=1\\_0105](http://www.iigov.org/?p=1_0105)

## ANEXOS

**Tabla Matriz: Categorización de la información del contrato entre ASES y Triple-S**

**1**

<b>Categorías</b>  <b>Aseguradora</b>	<b>Temporalidad del contrato</b>	<b>Proceso para aprobar el contrato</b> -Participación de los actores -Tiempo -Recursos invertidos -Procesos de coordinación	<b>Evaluación del contrato</b> -Participación de los actores -Tiempo Recursos invertidos -Procesos de coordinación	<b>Monto total de contrato (Costo)</b>	<b>Formas de pago a la aseguradora (Sistema de facturación)</b>	<b>Población cubierta o estimada</b>	<b>Flexibilidad del contrato (identificar elementos que quedan inconclusos o muy abiertos –poco estructurados)</b>
Triple-S Vital							

**2**

<b>Cobertura de Servicios</b>		<b>Proveedores</b>	<b>Incentivos previstos</b>			
<b>Tipo de servicios que están cubiertos</b>	<b>Servicios que se excluyen</b>	<b>Identificación de los proveedores</b> -Requisitos -Participación de los actores -Tiempo -Recursos Invertidos -Procesos de Coordinación	<b>Transferencia de riesgo a proveedores</b>	<b>Manejo de Co-pagos</b>	<b>Distribución de grupos poblacionales</b>	<b>Garantía de derechos a beneficiarios</b>
<b>Pre-requisitos para brindar dichos servicios</b>	<b>Razón indicada para la exclusión</b>					

**3**

<b>Monitoreo de la prestación de servicios</b>				<b>Evaluación del cumplimiento del contrato</b>		
<b>Acceso</b>	<b>Calidad</b>	<b>Tratamiento de quejas</b>	<b>Aplicación de encuestas de satisfacción</b>	<b>Criterios de Evaluación</b>	<b>Informes periódicos</b>	<b>Auditorías requeridas</b>

**Tabla matriz: Clasificación de los Documentos por Capítulos**

<b>Documento</b>	<b>Fuente</b>	<b>Breve descripción</b>	<b>Ubicación del análisis en la investigación</b>



**Tabla Matriz: Categorías de análisis de las entrevistas**

Categoría Central	Categoría específica	Sub categorías
Contenido de la reforma	Objetivo de la reforma de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de salud, valores o principios de la atención en salud</li> <li>• Cocepción del sistema de salud</li> <li>• Actores y funciones</li> <li>• Funciones del Departamento</li> </ul>
Ámbito institucional		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actores del sistema</li> </ul>
Actores estratégicos de la reforma	Actores centrales en la Reforma y su participación en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de salud, valores o principios de la atención en salud</li> <li>• Función del actor</li> <li>• Vínculos entre actores de la red</li> <li>• Reconocimiento de la función rectora y reguladora</li> <li>• Coordinación entre actores para:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ planificar</li> <li>○ presupuestar</li> <li>○ evaluar acciones</li> </ul> </li> </ul>
Contratación de Servicios	Procesos de Contratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño del Request for Proposal               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Términos del contrato</li> <li>○ Tiempo de duración del contrato</li> <li>○ Flexibilidad del contrato</li> <li>○ Concepto de salud y atención en salud asumido en el contrato</li> <li>○ Funciones de los actores asumidos en el contrato</li> </ul> </li> <li>• Identificación de proveedores               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Requisitos</li> <li>○ Participación de los actores</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiempo</li> <li>○ Recursos Invertidos</li> <li>○ Coordinación</li> <li>• Proceso para aprobar el contrato <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Participación de los actores</li> <li>○ Tiempo</li> <li>○ Recursos Invertidos</li> <li>○ Coordinación</li> </ul> </li> <li>• Evaluación del contrato <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Participación de los actores</li> <li>○ Tiempo</li> <li>○ Recursos Invertidos</li> <li>○ Coordinación</li> </ul> </li> </ul>
Prestación de servicios	Acceso y calidad en los servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de la información al beneficiario</li> <li>• Alcance del paquete de servicios</li> <li>• Población asegurada</li> <li>• Disponibilidad de servicios</li> <li>• Distribución geográfica</li> <li>• Satisfacción por los servicios recibidos</li> <li>• Participación de los actores estratégicos en planificación, presupuestación, evaluación, concepto de salud, valores y principios sobre atención en salud</li> </ul>

Guía de entrevista sobre el proceso de la Reforma de Salud de Puerto Rico		
Fecha:	Hora:	Lugar:
<b>Investigadora: Liz Johanna Ortiz Laureano, estudiante doctoral Universidad de Costa Rica</b> <b>Director de Tesis: Dr. Horacio Chamizo, Profesor Universidad de Costa Rica</b>		
Informante Clave	Nombre:	Edad:
	Género:	Grado Académico/Oficio:
	Vinculación con el Sistema de Salud de Puerto Rico (breve explicación):	
<b>Tema de la Investigación:</b> <i>Transformación en la prestación de servicios de salud como parte de la reforma sanitaria, un análisis neoinstitucional: el caso de Puerto Rico en el período 1993-2019</i>		
<b>Características de la entrevista:</b> Ver Consentimiento Informado Adjunto		
GUÍA DE PREGUNTAS		
Objetivo al que refiere	Preguntas generales	Preguntas generadoras y de seguimiento <sup>44</sup>
No.1  Contenido de la reforma	¿Qué opina de la reforma de salud?	Estableciendo un balance de los objetivos de la Reforma de Salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué pretendía la reforma al sector salud?</li> <li>• ¿Cuáles son los contenidos más importantes?</li> <li>• ¿Cuáles son los objetivos específicos – o prioritarios- en la Reforma?</li> <li>• Dichos objetivos ¿Se están poniendo en marcha?</li> </ul>
No. 2  Ámbito institucional	¿Cómo observa la interacción y coordinación de las instituciones involucradas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha sido la Reforma de Salud parte de la modernización amplia del Estado o es un proceso sectorial independiente?</li> <li>• ¿Quiénes implementan la reforma?</li> <li>• ¿Cuál es el papel de las autoridades sanitarias?</li> <li>• ¿Existen “arreglos institucionales” para manejar el proceso de Reforma? ¿Cuáles son?</li> </ul>
	¿Qué actores puede identificar como	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál ha sido la participación de los organismos reguladores como el Departamento de Salud y ASES?</li> <li>• ¿Qué otros organismos han formado parte del proceso</li> </ul>

<p>No. 3</p> <p>Actores estratégicos de la reforma</p>	<p>centrales la puesta en práctica de la reforma?</p> <p>¿Puede identificar si alguno de estos ha afectado a favor o en contra los resultados de la misma?</p>	<p>de reforma? ¿Cómo ha sido su participación? ¿Toman decisiones?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Quién está financiando la Reforma? ¿Cuál es su participación en la toma de decisiones?</li> <li>• ¿Cuál es el papel de los organismos federales?</li> <li>• ¿Cuál es el rol de las Aseguradoras?</li> <li>• ¿Qué papel juegan los PBM?</li> </ul> <p>De los actores mencionados e identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles están siendo afectados directa e indirectamente?</li> <li>• ¿Cuáles ven afectados sus flujos de ingresos o egresos económicos como consecuencia de la Reforma?</li> <li>• ¿Cuáles ven afectados su poder político o su capacidad de incidencia en la toma de decisiones?</li> </ul>
<p>No. 4</p> <p>Prestación de servicios</p>	<p>¿Qué opina sobre el acceso y la calidad de los servicios de salud?</p> <p>¿Algún ejemplo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué papel han jugado los actores en el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?</li> </ul>

Duración: \_\_\_\_\_

Código de la entrevista: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DOCTORADO EN GOBIERNO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Fecha:

A:

Estimado(a):

Como parte del requisito para el grado doctoral en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio en San José, estoy realizando una investigación relacionada a la Reforma de Salud en Puerto Rico. La misma se titula *“Transformación en los servicios de salud como parte de la reforma sanitaria, un análisis neoinstitucional: el caso de Puerto Rico en el período 1993 al 2019”*.

El diseño propuesto para esta investigación es un estudio de caso. El enfoque es cualitativo para profundizar en la búsqueda de datos y analizar el problema desde su propia complejidad. Este método integra dos estrategias de recopilación de la información: el análisis de documentos y la entrevista a informantes clave. Por ello, se entrevistará a un grupo de actores reconocidos en el sector salud, de la esfera pública y privada y representantes de los cuerpos rectores del sistema de salud en Puerto Rico.

Usted es \_\_\_\_\_ del sistema de salud en Puerto Rico. Por esta razón, le extendemos una invitación a ser partícipe de esta investigación. Me gustaría conocer su disponibilidad a participar, para posteriormente acordar la fecha, hora y lugar de la entrevista, cuando a usted le sea conveniente.

De antemano agradezco su atención a esta invitación. Le incluyo el documento de Consentimiento Informado, que tiene detalles sobre la metodología, aspectos de confidencialidad y voluntariedad.

Saludos atentos,

Liz Johanna Ortiz Laureano  
Estudiante Investigadora  
Carné A97408  
Teléfono (939) 273-1878

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**  
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

--

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

**Tema de investigación: Transformación en la prestación de servicios de salud como parte de la reforma sanitaria, un análisis neoinstitucional: el caso de Puerto Rico en el período 1993 al 2019**

Nombre de la investigadora principal: Liz Johanna Ortiz Laureano

Nombre del/la participante: \_\_\_\_\_

Medios para contactar a la/al participante:

Números de teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Contacto a través de otra persona \_\_\_\_\_

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO**

Esta es una investigación para la obtención del grado doctoral en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio en San José. Se lleva a cabo por la estudiante Liz Johanna Ortiz Laureano, carné A97408 y es dirigida por el Dr. Horacio Alejandro Chamizo García. Esta investigación no está asupiciada económicamente por ninguna entidad, es exclusivamente académica, con el fin de la obtención del grado mencionado.

El propósito de esta investigación es “Determinar cómo las relaciones entre los actores públicos y privados han influido en el resultado institucional prevaleciente en el sector salud y su incidencia en las decisiones que se han tomado en torno a las condiciones para el acceso y calidad en la prestación de servicios de salud a partir de la reforma de Salud implementada en el período 1993 al 2019”.

El diseño propuesto para esta investigación es un estudio de caso, puesto que se trata de un fenómeno contemporáneo. El enfoque es cualitativo para profundizar en la búsqueda

de datos y analizar el problema desde su propia complejidad. Este método integra dos estrategias de recopilación de la información: el análisis de documentos y la entrevista a informantes clave. Por ello, se entrevistará a un grupo de actores reconocidos en el sector salud, de la esfera pública y privada y representantes de los cuerpos rectores del sistema de salud en Puerto Rico.

## **B. METODOLOGÍA**

Esta es una investigación cualitativa, basada en revisión documental y entrevistas semi-estructuradas. Las personas participantes de esta investigación, serán actores clave dentro del Sistema de Salud de Puerto Rico y de la Reforma de Salud. Deben tener reconocimiento público de su *expertise*, vinculación en los procesos de la reforma del sistema y/o trayectoria probada en el estudio y análisis del tema.

Para poder participar de estas entrevistas, la persona deberá cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser un actor clave del sector salud, estar vinculado directamente a los procesos de reforma y/o tener una trayectoria probada en el análisis del tema de salud a nivel local. La muestra estará compuesta por actores clave y será por disponibilidad. Se proyecta realizar de 5 a 10 entrevistas.

Para identificar a los posibles informantes clave, en la estrategia metodológica se desarrolló un listado de actores estratégicos dentro del sector salud. Estos informantes clave, serán invitados a participar de la entrevista, mediante una carta de invitación formal. Esta carta incluirá el documento de consentimiento informado, ya que contiene los detalles pertinentes a la investigación, la metodología y la garantía de confidencialidad. A su vez, se incluirá la información contacto de la investigadora. Luego de enviada la carta de invitación, se realizará una llamada de seguimiento para conocer su disponibilidad de participar y coordinar la entrevista en una fecha, horario y lugar que le resulte conveniente.

Se seleccionó la técnica de entrevistas semi-estructuradas para esta investigación, ya que permite flexibilidad y amplitud en los temas de investigación. Esto es de suma importancia, por la complejidad y alcance de los objetivos de la investigación. El instrumento cuenta con una guía de preguntas, que aluden a los cuatro objetivos específicos. Esta plantilla, incluye también un recuadro que detalla los criterios de inclusión y valida la participación del informante clave.

Este proceso de entrevista será uno planificado, organizado y en un ambiente apto para el desarrollo de las mismas. Se harán de manera individual para garantizar la confidencialidad. Estas entrevistas serán grabadas en audio, previa autorización de la persona participante y se tomará nota escrita de las respuestas. En el documento de tesis, la persona entrevistada, no será identificada. Tanto las grabaciones como los registros escritos, serán custodiados exclusivamente por la investigadora, y serán descartados dentro de un período razonable y responsablemente, una vez culmine el proceso de investigación y defensa de tesis.

A todas las personas participantes, se les dará acceso al documento de tesis final. A su vez, se garantiza que toda la información surgida como parte de esta investigación será utilizada para fines académicos exclusivamente.

### **C. RIESGOS**

La participación como informante clave en esta investigación es completamente voluntaria y no representa riesgos ni molestias para la salud física y mental de quienes participen. No obstante, se les orientará a los participantes sobre su derecho de abstenerse o retirarse del proceso en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

También, tiene el derecho a no contestar cualquier pregunta en particular. De igual manera, tiene derecho a recibir copia de esta hoja de consentimiento.

En todo momento se garantizará la seguridad y confidencialidad del proceso y se tomarán todas las precauciones al alcance, para asegurar una respuesta adecuada en caso de la pérdida de algún documento resultante de esta investigación.

### **D. BENEFICIOS**

Participar de esta investigación no conlleva ningún beneficio directo para quienes sean entrevistados. Sin embargo, de manera indirecta, con el resultado de esta investigación, se espera superar las carencias sobre el análisis de la Reforma de Salud desde una visión neoinstitucional, considerando las interrelaciones e incidencias de la diversidad de actores dentro del Sistema de Salud y su impacto en el acceso y calidad de los servicios.

Los participantes tendrán acceso a los resultados de esta investigación.

### **E. VOLUNTARIEDAD**

La participación de este proceso de investigación es completamente voluntaria y por disponibilidad. El participante tiene derecho de abstenerse o retirarse del proceso en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También, tiene el derecho a no contestar cualquier pregunta en particular.

### **F. CONFIDENCIALIDAD**

La investigadora garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información en todo momento. Dichas entrevistas estarán aseguradas con contraseñas digitales únicas y los documentos escritos, estarán en custodia de la investigadora, en archivos cerrados. Cuando se publiquen los resultados de la investigación, no se identificará a los informantes clave. En el texto, siempre estarán identificados con un código preestablecido.

Si algún miembro del comité de disertación requiere acceso a los datos originales, se garantizará el manejo estricto de los mismos. Ninguna otra persona podrá solicitar tal acceso.



## H. INFORMACIÓN

Como participante de manera voluntaria en esta investigación, antes de dar su autorización, tiene el derecho de hablar con la investigadora Liz Johanna Ortiz Laureano, quien tiene el deber de aclarar todas sus preguntas e inquietudes acerca de este estudio. Si desea más información más adelante, puede comunicarse al teléfono 939-273-1878 en horario diurno o vía correo electrónico a [ortizlaureano@yahoo.com](mailto:ortizlaureano@yahoo.com).

También puede comunicarse con el Dr. Horacio Chamizo García, Director de Tesis al (506) 2511-8461 o vía correo electrónico [horacio.chamizo@ucr.ac.cr](mailto:horacio.chamizo@ucr.ac.cr).

Cualquier consulta adicional puede comunicarse al Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas al (506) 2511-8461 o con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos (506) 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Es importante informarle que usted NO perderá ningún derecho por firmar este documento y que recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

---

Nombre, firma y cédula (número de identificación) del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

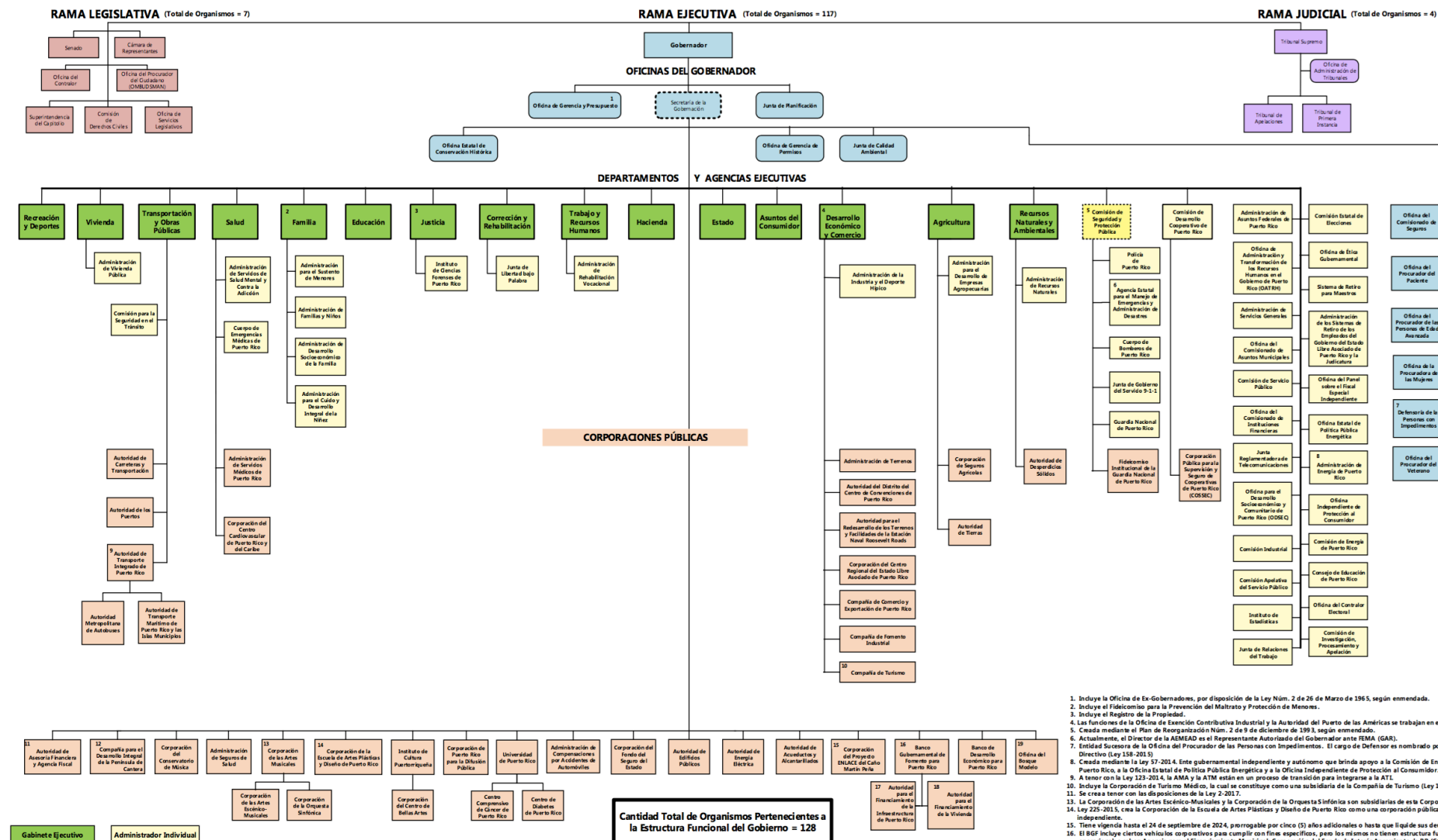
Nombre, firma y cédula (número de identificación) de la investigadora que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora



## ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO



- Incluye la Oficina de Ex-Gobernadores, por disposición de la Ley Núm. 2 de 26 de Marzo de 1965, según enmendada.
- Incluye el Fideicomiso para la Prevención del Maltrato y Protección de Menores.
- Incluye el Registro de la Propiedad.
- Las funciones de la Oficina de Exención Contributiva Industrial y la Autoridad del Puerto de las Américas se trabajan en el DDEC.
- Creada mediante el Plan de Reorganización Núm. 2 de 9 de diciembre de 1993, según enmendado.
- Actualmente, el Director de la AEMED es el Representante Autorizado del Gobernador ante FEMA (GAR).
- Entidad Sucesora de la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos. El cargo de Defensor es nombrado por el Comité Directivo (Ley 158-2015).
- Creada mediante la Ley 57-2014. Ente gubernamental independiente y autónomo que brinda apoyo a la Comisión de Energía de Puerto Rico, la Oficina Estatal de Política Pública Energética y a la Oficina Independiente de Protección al Consumidor.
- A tenor con la Ley 123-2014, la AMA y la ATM están en un proceso de transición para integrarse a la ATI.
- Incluye la Corporación de Turismo Médico, la cual se constituye como una subsidiaria de la Campaña de Turismo (Ley 145-2015).
- Se crea a tenor con las disposiciones de la Ley 2-2017.
- La Corporación de las Artes Escénicas-Musicales y la Corporación de la Orquesta Sinfónica son subsidiarias de esta Corporación.
- Ley 225-2015, crea la Corporación de la Escuela de Artes Plásticas y Diseño de Puerto Rico como una corporación pública independiente.
- Tiene vigencia hasta el 24 de septiembre de 2024, prorrogable por cinco (5) años adicionales o hasta que liquide sus deudas.
- El BGF incluye ciertos vehículos cooperativos para cumplir con fines específicos, pero los mismos no tienen estructura funcional ni operacional; a saber: Agencia para el Financiamiento Municipal; Corporación del Fondo de Interés Apremiante de PI (COFINA); Autoridad para las Alianzas Público Privadas; Corporación para el Financiamiento Público. La Autoridad de Puerto Rico para el Financiamiento de Facilidades Industriales, Turísticas, Educativas, Médicas y de Control Ambiental (AFICAT), se incluye para agrupar las agencias con funciones de financiamiento.
- La Ley Núm. 44 de 21 de junio de 1988 la crea como un cuerpo corporativo y político independiente.
- Se crea como subsidiaria del BGF.
- Tiene vigencia por cuatro (4) años, prorrogable por dos (2) años adicionales (Ley 182-2014).

Revisado: 2/marzo/ 2017